2e Année. — N° 22. 16 Octobre 1851.

Ce Journal paraît deux fois par mois, le 1er et le 15.

Les lettres non affranchies sont refusées.

6 FRANCS PAR AN

POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS.

7 fr. 50 c. pour l'Étranger sans échange postal.

On ne s'abonne que pour un an du 1er décembre de chaque année.

REVUE CLINIQUE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

JOURNAL DES MÉDECINS PRATICIENS

PUBLIÉ SOUS LES AUSPICES ET AVEC LE CONCOURS

DES PRINCIPAUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. WelMOmec
Coll.
No.

BUREAU D'ABONNEMENT, RUE DES SAINTS-PÈRES, 38.

L'Administration ne pouvant faire traite sur les souscripteurs, il est indispensable que le prix d'abonnement soit adressé *franco* au directeur de la *Revue Clinique*.

Le meilleur mode d'abonnement, c'est la poste. — Les frais d'un mandat de poste de 6 fr. sont de 12 centimes seulement.

L'année 1850 (1re année de ce Recueil) contient un grand nombre de documents de *Médecine*, de *Chirurgie*, d'*Obstétrique*, de *Thérapeutique*, d'*Hygiène*, de *Médecine légale*, de *Chimie* et de *Pharmacie*, ainsi que les travaux importants des *Académies de médecine* et des *sciences*; il forme un beau volume grand in-4° broché, et ne se vend que 4 fr. Nous engageons vivement nos nouveaux abonnés à faire l'acquisition de ce volume qui forme la tête d'une collection que chaque jour rendra plus importante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Étude anatomo-pathologique sur les fièvres graves dites typhoïdes, observées à l'Hôtel-Dieu-Saint-Éloi de Montpellier, par le docteur Girbal, chef de clinique. — Brochure in-8° de 84 pages.

L'auteur s'est proposé d'étudier ici les fièvres graves dites typhoïdes, non d'une manière générale, mais telles qu'elles existent à Montpellier; car il pense que toutes les fièvres ne se ressemblent pas. Elles offrent des différences, d'après la différence des climats. Une douce température, sujette à de nombreuses variations, dans lesquelles la chaleur prédomine, se fait sentir normalement à Montpellier. En outre, l'influence marécageuse s'y exerce d'une manière assez notable. Cette double cause imprime un cachet spécial à la plupart des maladies de cette cité; fait pratique que le thérapeutiste ne saurait perdre de vue.

Le but du docteur Girbal a été de discuter seulement quelques-unes des questions que soulève l'étude de ces fièvres, telles que celles-ci : les fièvres typhoïdes coexistent-elles avec des altérations anatomiques constantes? Ces altérations sont-elles cause ou effet? En est-il de pathognomoniques? Quelle est leur valeur au point de vue du traitement? Voici les conclusions par lesquelles il termine et résume son travail.

Toutes les fièvres continues graves et non éruptives de nos contrées ne peuvent être confondues en une seule dont elles ne seraient que des formes diverses.

L'état typhoïde est un élément pathologique primitif ou consécutif, simple ou associé à des états morbides généraux ou locaux.

Il existe une fièvre typhoïde essentielle; les déterminations morbides locales qui coexistent avec elle en sont l'effet et non la cause.

Les altérations du sang, dans cette fièvre, ne sont ni constantes, ni uniformes.

Les lésions abdominales dites caractéristiques sont très-communes.

L'intensité de ces lésions n'est pas toujours en rapport avec la gravité des symptômes et la durée de la maladie.

La connaissance de ces lésions ne suggère que des indications thérapeutiques d'un ordre secondaire.

Des lésions analogues se rencontrent quelquefois dans d'autres maladies; mais elles sont alors généralement incomplètes et beaucoup moins prononcées.

Mémoires sur les fonctions du foie pendant la digestion et sur les usages de la bile pour l'albumine digestive, par le docteur Semanas, de Lyon. — Librairie de J.-B. Baillière.

Ce travail, basé sur des expériences, et aussi sur des théories qui nous ont paru un peu hypothétiques, est consacré au développement et à la démonstration des six propositions suivantes :

1° La digestion proprement dite, c'est-à-dire abstraction faite des actes relatifs à la réunion des matériaux alimentaires, se compose de deux opérations principales, qui sont la digestion intestinale ou nutritive, la digestion hépatique ou sécrétoire;

2° La digestion hépatique ou sécrétoire (qui est la seule dont nous nous soyons occupé ici) comprend la préparation et l'absorption des matériaux albumineux;

3° La préparation des matériaux albumineux (charriés au préalable par la veine-porte) s'exécute au sein du foie par la bile que ces matériaux y rencontrent, laquelle se mélange avec eux et les alcalinise en vue de leur absorption digestive;

4° L'absorption digestive des matériaux albumineux s'exécute au sein du foie par les soins des lymphatiques-hépatiques;

5° Il suit de là que le foie peut être dit l'organe digestif des matériaux albumineux, et la bile (dont le rôle principal est par conséquent dans le foie et non hors du foie) le dissolvant alcanisateur de l'albumine digestive;

6° Enfin les conduits hépatiques et cystique sont les évacuants de la bile excrémentielle, et très-probablement aussi les instruments d'économie de l'albumine et de la bile non excrémentielle.

L'administration de la *Revue clinique* rappelle à ses abonnés qu'une personne chargée de faire leurs commissions en livres, instruments ou médicaments, est toujours attachée au bureau de l'administration. Ces achats sont faits sans rétribution, et les abonnés jouissent des remises accordées par les libraires et fabricants.

En vente, chez VICTOR MASSON, libr., place de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

DES ACCIDENTS DE DENTITION chez les enfants en bas âge, et des moyens de les combattre; par M. A. DELABARRE FILS, docteur en médecine, médecin-dentiste de l'hospice des Enfants-Trouvés et Orphelins de Paris.

Un vol. in-8 avec figures dans le texte. Prix : 3 fr.

Étiquette de la Maison.

MAISON BROSSON FRÈRES

AUX PYRAMIDES,

Rue Saint-Honoré, n° 295, à Paris.

BROSSON AINÉ, Successeur,

EAUX MINÉRALES NATURELLES DE VICHY.
EAU D'HAUTERIVE-LÈS-VICHY. — PASTILLES DE VICHY.
SELS DE VICHY POUR BOISSONS ET POUR BAINS.

PATE PECTORALE DE REGNAULD AINÉ

Parmi les produits pharmaceutiques désignés sous le nom de pectoraux, on a toujours placé en première ligne la PATE PECTORALE DE REGNAULD AINÉ, qui, ne contenant pas d'opium, a le rare avantage d'être toujours utile et de ne jamais nuire.

On trouve la Pâte de Regnauld aîné dans toutes les pharmacies.

HUILE IODÉE DE J. PERSONNE APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. Le rapport académique, à la suite d'expériences faites dans les hôpitaux, déclare « que cette Huile est un médicament d'une haute valeur, et » qu'elle présente beaucoup d'avantages sur l'huile de foie de morue. » — Dépôt général à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19, place du Caire, et dans la plupart des pharmacies.

APPAREIL GALVANO-ÉLECTRIQUE PORTATIF

de M. le professeur RÉCAMIER.

La puissance bénigne et continue de cet appareil en permet l'application sans accident pendant 12 et même 24 heures, plusieurs jours de suite.

Il se compose de 16 à 20 éléments électriques, cuivre et zinc, réunis sous forme de disque sur un tissu imperméable et isolant de gutta-perka, et recouverts de ouate et d'un issu de coton.

Il n'a rien de l'aspect formidable d'une batterie électrique ou de ces appareils compliqués et coûteux qui effraient les malades: et cependant l'efficacité de cet appareil est constatée tous les jours par des faits cliniques dont quelques-uns ont été déjà publiés par les journaux de médecine. (Voir GAZETTE DES HÔPITAUX du 6 avril.)

Une brochure du docteur Jules Massé, secrétaire de M. Récamier, résume la doctrine de l'éminent professeur, et contient une série d'observations intéressantes et variées sur les divers cas où cet appareil peut être employé avec succès. Cette brochure (prix 1 fr.) se trouve au dépôt général des apareils Récamier.

Chez PAUL GAGE, pharmacien, rue de Grenelle S.-G., 13, à Paris,

PRIX DES APPAREILS, 15 ET 20 FR., SELON LA FORCE.

Remise d'usage aux Médecins et Pharmaciens.

PHARMACIE COGNIARD, Grande rue Mercière, 8, à Lyon. *Sirop philentérique* du docteur BOUCHU (de Saint-Martin) contre les flegmasies chroniques et les irritations des voies digestives, approuvé par l'Académie nationale de médecine, et autorisé du gouvernement. — Le *Sirop philentérique*, avantageusement connu à Lyon pour ses succès, guérit les spasmes, crampes de l'estomac, la toux sèche, les coliques, les vomissements, les diarrhées, les lassitudes des membres inférieurs, indices certains d'une altération plus ou moins profonde dans les voies digestives ; les irritations de longue date, les gastrites nerveuses cèdent à son efficacité. Il réveille l'appétit et ravive les forces. — Prix du flacon : 3 fr.

Pour le traitement complet, 6 flacons expédiés FRANCO.— Afin d'éviter toute erreur ou contrefaçon, aucun dépôt n'est établi.

HUILE DE FOIE DE MORUE

de SWANN, pharmacien anglais,

rue Castiglione, 12, à Paris.

Contenant par 100 grammes de 25 à 35 centigrammes d'iodure de potassium. — Elle est fraîche, incolore, pure, limpide, naturelle et nullement désagréable à prendre. — Prix : le flacon, 9 fr.; 1/2 fl., 4 fr. 50 c.; 1/4, 2 fr. 50 c.

LE ROB ANTISYPHILITIQUE

De B. LAFFECTEUR, seul autorisé, se vend 15 francs le litre au lieu de 25 francs. Dix à douze bouteilles sont nécessaires pour un traitement. L'on accorde 50 p. 100 de remise aux médecins et aux hôpitaux qui s'adressent au docteur GIRAUDEAU, 12, rue Richer, à Paris.

Maison spéciale d'Orthopédie

POUR LES DÉVIATIONS DE LA TAILLE ET DES MEMBRES.

M. BÉCHARD, mécanicien-bandagiste, 20, rue de Richelieu, honoré de médailles d'argent en 1832, 1844 et 1849, pour les perfectionnements qu'il a introduits dans ses divers appareils, tels que corsets redresseurs, appareils pour jambes torses, pour pieds-bots, ankyloses, nouvelles ceintures hypogastriques à développement et inclinaison, mains et jambes artificielles, plus légères et plus solides que celles employées jusqu'à ce jour, et imitant parfaitement la nature; bandages de tout genre, etc.

SIROP SÉDATIF de BIRON-DEVÈZE, Pharm., faub. St-Martin, 187. Supériorité reconnue contre toutes les maladies nerveuses et inflammatoires de la gorge, de la poitrine, de l'estomac et des intestins; angine, grippe, asthmes, catarrhes, coqueluches, toux rebelles, palpitations, gastrites, gastralgies, diarrhées. Flacon, 4 fr., 2 fr. Dépôt chez le droguiste, 7, rue Ste-Opportune, et dans chaque ville.

LE MEILLEUR DENTISTE

Est celui qui pose les dents artificielles sans extraction, sans que dans aucun temps elles causent la moindre douleur et de manière à remplir les fonctions de la mastication et de la parole sans gêne, tout en trompant l'œil le plus exercé par la beauté et le naturel des dents. Il doit aussi poser les dents isolées sans accrocher celles restantes. **18 ANNÉES D'EXPÉRIENCE ET DE SUCCÈS** ont prouvé que ces qualités, réunies à la durée et à la MODICITÉ DU PRIX, ont été obtenues par l'inventeur des DENTS OSANORES INDESTRUCTIBLES posées sans crochets ni ligatures.

W. ROGERS, 270, rue Saint-Honoré,

Auteur du *Dictionnaire des Sciences dentaires*, prix : 10 fr. ; — de l'*Encyclopédie du Dentiste*, prix : 7 fr. 50 c., reçue par la Faculté de Médecine; — du *Manuel de l'Hygiène dentaire*, prix : 3 fr., etc., etc.

Sous presse : LA BUCCOMANCIE, ou l'ART DE DEVINER LE PASSÉ, LE PRÉSENT ET L'AVENIR D'UNE PERSONNE, D'APRÈS L'INSPECTION DE LA BOUCHE, par le même auteur.

Inventeur des NOUVEAUX RATELIERS ORTHOPHONIQUES, qui remédient complétement aux imperfections de la parole et aux vices de la prononciation.

Inventeur des procédés suivants, qui font que tout le monde peut se passer de dentiste :

EAU ANTISCORBUTIQUE pour l'entretien journalier des dents et des gencives. Elle prévient la carie et détruit le tartre, les maux de dents et conserve la bouche saine et belle. Elle est composée d'arômes végétaux les plus exquis, sans acide ni vinaigre toujours nuisibles. Prix du flacon : 5 fr.

CIMENT ROGERS, ou émail inaltérable pour plomber soi-même ses dents. Un flacon pour plomber six dents : 3 fr.

EAU ROGERS N° 4, pour embaumer les dents cariées et guérir infailliblement les maux de dents sans retour. Prix du flacon : 3 fr.

EAU ROGERS N° II, pour raffermir les dents ébranlées par l'âge ou la maladie; guérison certaine dans huit jours. Prix : 10 fr.

POUDRE DENTIFRICE ROGERS, ne contenant que des herbes alcaliques seules préservatives de l'émail et de la beauté des dents. Prix : 3 fr.

HOCHET DE DENTITION contre les **CONVULSIONS** et les accidents résultant de la **PREMIÈRE DENTITION.** Prix 2 francs. Breveté s. g. d. g.

Pour prévenir la contrefaçon, chaque article doit être revêtu de la signature de l'Inventeur.

Dépôt chez SYLVANT, pharmacien, 4, rue Rambuteau, et chez les principaux pharmaciens. (Aff.)

REVUE CLINIQUE.

SOMMAIRE.

BULLETIN DE LA QUINZAINE.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Observations et réflexions sur le sycosis, par M. CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Du diagnostic différentiel des tumeurs de l'abdomen, par M. le professeur PIORRY.

Phimosis congénital. — Accidents graves du côté des organes génito-urinaires. — Opération. — Traitement hydrothérapique. — Guérison.

Méningite rachidienne guérie au moyen des bains prolongés, par M. le docteur CARNET, médecin à Romans (Drôme).

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Du traitement chirurgical du bubon suppuré. — Ponctions multiples, par M. VIDAL (de Cassis), de l'Hôpital du Midi.

Observation de fracture de l'humérus produite par l'action musculaire, par M. le docteur LAFORGUE, chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Amputation de Chopart. — Modification dans la manière de tailler le lambeau, par M. A. GUÉRIN, chirurgien des hôpitaux.

Trocart pour la ponction de la trachée.

Luxation du premier os cunéiforme, par M. MEYNIER.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE. — Pharmacopée spéciale, par M. CAZENAVE.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. — Académie de médecine, séances des 30 septembre et 7 octobre 1851. — Académie des sciences, séance du 6 octobre 1851.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

Bulletin de la quinzaine.

L'Académie des sciences a reçu, pendant la quinzaine qui vient de s'écouler, deux communications du plus grand intérêt; l'une au point de vue de la physiologie, l'autre sous le rapport de l'hygiène publique et de la pathogénie. La première est due à MM. Budge et Waller, médecins allemands; l'autre à MM. Bécourt et Chevallier. Les expériences de MM. Budge et Waller, vu leur extrême difficulté, demandent à être répétées; mais si elles viennent à se confirmer, ces médecins auront doté la science physiologique d'un des faits les plus curieux dont elle se compose.

Quant à la communication de MM. Chevallier et Bécourt, elle nous a fait connaître des faits non moins intéressants; il est seulement à regretter que ces faits ne se présentent pas avec un plus grand degré de certitude; ils paraissent n'avoir été constatés que par des personnes étrangères à la science, et pour des faits de cette importance, une telle garantie ne suffit pas.

L'Académie de médecine ne nous a offert d'important qu'un rapport de M. Grisolle sur l'influence de la grossesse sur le développement et la marche de la phthisie. On sait que l'opinion qui considère la grossesse comme favorable à la marche de la phthisie est tellement générale, qu'on pouvait presque la considérer comme une vérité démontrée. Cependant les faits sur lesquels elle reposait manquaient de la précision nécessaire aux démonstrations scientifiques. M. Grisolle d'abord, et M. Dubrueilh fils ensuite, ont voulu arriver à cette précision. Mais, comme il arrive si souvent, les faits exacts les ont conduits à une conclusion différente de celle qu'on avait tirée de faits observés sans précision. Il est démontré par ces nouveaux faits, que la grossesse hâte au contraire la marche de la phthisie, et que, règle générale, de deux femmes qui seraient phthisiques au même degré, celle qui deviendrait enceinte succomberait la première. C'est là une démonstration dont tout le monde comprend l'importance et les applications pratiques.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Observations et réflexions sur le sycosis.

PAR M. CAZENAVE, MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS.

Au n° 66 de la salle Sainte-Marthe est couchée la nommée C... (Dieudonné), âgée de soixante-sept ans, sans profession, née à Liége, en Belgique, entrée à l'hôpital Saint-Louis le 3 juin 1851 pour se faire traiter d'une éruption siégeant sur le nez.

Cette malade est d'une constitution assez délicate; elle a la peau fine. Réglée à dix-huit ans, elle a cessé de l'être à cinquante-deux. Elle a été mère de cinq enfants. Dans son enfance elle a eu (ainsi que ses frères et sœurs) des abcès ganglionnaires au cou; on voit aujourd'hui une cicatrice au-dessous de la mâchoire à droite. Dans son enfance également, elle eut une variole confluente, et l'éruption s'étant supprimée par suite de l'impression du froid, il survint une ophthalmie avec photophobie extrême. Cette maladie, malgré des traitements divers, dura jusqu'à l'âge de dix-huit ans, époque où s'établit la menstruation, et se termina par une opacité laiteuse des deux cornées, avec affaiblissement très notable de la vue.

Vers l'âge de trente-six ans, elle eut plusieurs érysipèles de la face et du cuir chevelu, traités par les saignées répétées.

Elle n'a jamais eu d'éruption d'acné.

La maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté il y a quatre ans en hiver. C'était d'abord un bouton semblable à une pustule d'acné, à en juger par la description qu'en fait la malade.

Ce bouton, qui occupait le lobule du nez, ayant été écorché, la place n'en a jamais guéri. Peu à peu il survint au voisinage de ce point des croûtes d'un gris jaunâtre, que la malade enlevait soit avec les ongles, soit par des cataplasmes, mais qui se renouvelaient le lendemain ou le surlendemain. Au-dessous, la peau semblait saine, mais elle était rosée et un peu tendre; quelquefois enfin il s'écoulait quelques gouttes de sang. C'est surtout depuis un an que la maladie s'est étendue.

Il y a trois ans, à la consultation des Incurables (hommes), on lui arracha les croûtes, et on cautérisa la peau avec le crayon de nitrate d'argent.

Peu après, à Beaujon, on conseilla l'application d'un vésicatoire au bras et des lotions avec le vin aromatique, tisanes, pilules, etc. Ce traitement fut supprimé au bout de huit jours.

L'an dernier, on cautérisa de nouveau avec le nitrate d'argent; on donna à la malade une solution caustique, dont on l'engageait à faire tomber quelques gouttes, tous les trois jours, sur le nez, préalablement débarrassé des croûtes.

Etat actuel. — 9 juin 1851. — La santé générale est assez bonne; cependant l'appétit est faible, quelquefois nul. Soif assez vive; pesanteur et flatuosités après les repas; al-

ternativement constipation et diarrhée ; faiblesse générale, fatigue après le plus léger exercice ; palpitations à de rares intervalles ; céphalalgie presque continue, sans siége très précis ; pouls remarquablement petit, mou, lent. Point de souffle carotidien.

Cet état date surtout de l'époque où, après son dernier enfant, la malade en a allaité deux autres.

Sur le dos du nez existent quatre plaques, dont la plus volumineuse, arrondie, comme tuberculeuse et noirâtre, occupe le lobule; tout le reste de cette partie présente une surface grisâtre, inégale, comme crasseuse. Les autres plaques, anguleuses, dures, d'un jaune plus ou moins mélangé de gris, occupent le reste du dos du nez; celle qui est la plus élevée présente une dureté comme pierreuse. Autour existe une très légère teinte rosée. La peau du nez présente d'ailleurs des orifices glanduleux très apparents, noirâtres.

On ne peut constater alors l'état de la peau sous les croûtes, la malade ayant demandé instamment qu'on ne les enlevât pas.

Depuis son entrée à l'hôpital, la malade est à l'usage de la tisane de riz (dévoiement qui ne s'est supprimé qu'avant-hier); elle a pris un bain simple.

M. Cazenave profite de ce fait curieux pour appeler l'attention des praticiens sur une maladie de la peau peu grave, bien que très souvent opiniâtre; mais qui, souvent méconnue, peut, sous l'influence d'un traitement irrationnel, présenter, sinon une gravité absolue, au moins des inconvénients sérieux.

M. Cazenave a déjà eu occasion de dire que l'expérience était loin d'avoir dit son dernier mot sur l'histoire des affections folliculeuses, et l'éruption de la femme C... serait une preuve de plus à l'appui de cette proposition. En effet, cette maladie, longtemps inconnue comme on a pu le voir, est une variété de l'*acne sebacea*, variété que M. Cazenave a décrite sous le nom d'*acne sebacea partielle* (1). Le fait actuel peut être considéré comme un exemple type de cette affection, que caractérisent, comme dans l'espèce, des élévations grisâtres à peu près semblables à des verrues aplaties, ayant l'aspect de croûtes sèches assez adhérentes, mais ne reposant sur aucune aréole enflammée.

Il semble qu'il devrait suffire de signaler ces caractères pour rendre, sinon facile, au moins toujours possible l'appréciation de cette variété de l'acné. Il n'en est pas ainsi cependant, et il arrive, comme pour la femme C..., que la persistance des phénomènes, que la facilité des récidives, que la délimitation circonscrite des plaques, que l'aspect même de l'éruption déjà dénaturée par des applications topiques font croire à un mal qui n'existe pas et conduisent à l'emploi de moyens qui ne font qu'aggraver la maladie.

Il s'agit donc ici surtout d'une question de diagnostic sur laquelle on ne saurait revenir trop souvent, si l'on songe qu'une erreur trop longtemps prolongée peut conduire à l'incurabilité d'une affection qui, à son état normal, aurait pu céder à l'emploi de quelques moyens simples et faciles.

Il faut donc être bien prévenu avant tout que cette forme d'acné, qui constitue une hypersécrétion plus ou moins abondante de matière sébacée, peut être bornée à un siége très restreint, au visage, par exemple, où elle occupe un point circonscrit de la joue et principalement du nez. Si donc un malade se présente avec une croûte semblable à celles que porte la femme C...; si cette croûte, en tombant, laisse à découvert une surface d'un rose pâle, luisante, comme graisseuse; si elle se reforme plus ou moins rapidement pour présenter les mêmes caractères; s'il n'existe ni ulcérations ni tubercules, on devra, quelle que soit la persistance antécédente de la maladie, quelle que soit l'ancienneté, rejeter toute idée d'une affection mystérieuse grave et reconnaître l'existence d'une *acne sebacea partielle*.

Il faut se hâter d'ajouter que le diagnostic, facile dans les cas que l'on pourrait appeler francs, ne l'est plus quand l'acné a été dénaturée par l'emploi de topiques plus ou moins actifs. Il arrive, en effet, que le malade, fatigué de récidives incessantes, poursuivi par l'idée d'un danger inconnu, sollicite l'emploi de moyens qui détruisent le mal; que l'opiniâtreté d'un mal dont la délimitation n'explique pas la persistance à tous les remèdes l'emporte sur toute réserve; que le médecin ait en désespoir de cause recours à des cautérisations qui impriment à l'acné une physionomie anormale et en rendent le diagnostic au moins très difficile. Toutefois, il faut être prévenu que, même alors, l'éruption sébacée se reproduit ordinairement aux limites du point cautérisé, et qu'ainsi il est presque toujours possible de reconnaître les vrais caractères de la maladie.

Ce qu'il importe de faire ressortir du fait actuel, c'est qu'il existe, et même assez fréquemment, une espèce d'acné sébacéa limitée à un siége très circonscrit, couvrant, par exemple, le dos du nez, comme chez la femme C..., qui en impose assez facilement pour une affection grave, pour un *noli me tangere;* c'est que, par suite de cette supposition, on est conduit à conseiller l'emploi de caustiques qui ne peuvent réussir qu'à la condition de remplacer un mal léger par une cicatrice indélébile, mais qui peuvent à la longue aggraver assez le mal pour le rendre incurable. C'est contre cette erreur, qu'il a partagée, que M. Cazenave tient à prémunir les praticiens en appelant leur attention sur ce point généralement peu connu de la pathologie cutanée.

Dans le cas actuel, c'est donc à une *acne sebacea partielle* que l'on a affaire, et, après avoir fait la part, quant au pronostic, de l'ancienneté de l'éruption, de l'influence des moyens déjà employés, de l'état des plaques et aussi de l'état général, c'est-à-dire après s'être gardé de promettre une guérison tant soit peu prompte, il faut cependant être bien convaincu qu'il est possible d'espérer toujours une heureuse modification de cette maladie.

Les moyens généraux et locaux devront être exclusivement choisis dans ceux qui conviennent à l'acné sébacéa en général.

(1) Voir, pour la description de cette maladie, *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 179.

Du diagnostic différentiel des tumeurs de l'abdomen.

PAR M. LE PROFESSEUR PIORRY.

Les tumeurs en général, et celles de l'abdomen en particulier, ont de tout temps fixé d'une manière spéciale l'attention des médecins et des chirurgiens. Cette préférence paraîtra plus que motivée, si l'on songe, d'une part, à l'importance des organes qui sont en jeu, et, de l'autre, au nombre, à la fréquence, à la variété de ces affections, et aux difficultés souvent insurmontables d'un diagnostic précis, rigoureux.

Certes, les progrès de la médecine moderne, en nous fournissant de nouveaux moyens d'investigation, ont rendu plus facile l'étude d'un grand nombre de ces lésions : l'auscultation, la palpation, la percussion plessimétrique ont rendu à cet égard d'immenses services. Que d'erreurs, quelquefois funestes, ont été commises faute de posséder ces précieux moyens de diagnostic ! Et pour ne parler que des hernies, que de fois n'est-il pas arrivé, et à des hommes du plus haut mérite, d'être très embarrassés sur la nature de certaines tumeurs et, dans certains cas malheureux, trompés qu'ils étaient par de fausses apparences, de plonger un bistouri dans l'intestin, croyant avoir affaire à une adénopathie, à un abcès, et réciproquement !

De nos jours, on a rarement à déplorer une méprise de ce

genre, auxquelles les praticiens les plus consommés étaient quelquefois exposés d'une manière presque inévitable, et tout médecin, quelque peu d'expérience qu'il possède, évitera facilement un malheur dont les suites sont si graves pour le malade, si, avant d'agir, il veut bien se donner la peine de mettre à contribution les ressources de diagnostic que possède aujourd'hui la science.

Est-ce à dire, pour cela, qu'il soit toujours aisé, facile de reconnaître le siége, la nature des tumeurs abdominales? Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Sans doute, nos moyens physiques d'exploration ont souvent guidé, éclairé la conduite du médecin à l'égard de ces affections; mais il reste encore à faire. Espérons que la science n'a pas dit son dernier mot; sans quoi un diagnostic positif serait parfois impossible, comme on va le voir par l'observation suivante.

Au n° 11 de la salle Sainte-Anne est une femme âgée de vingt-neuf ans, d'une bonne constitution. Entrée dans le service le 1er septembre, cette malade, outre la tumeur qu'elle porte, et sur laquelle nous allons revenir, présentait à son entrée à l'hôpital l'état suivant : Elle éprouvait quelques frissons mal déterminés qui revenaient tous les jours à la même heure, et qui étaient suivis d'un peu de chaleur et de sueur.

L'honorable confrère qui nous l'a adressée, pensant, d'après ces symptômes peu marqués, que la malade pouvait bien avoir une fièvre intermittente, explora par la percussion, mais d'une manière incomplète, la région splénique. Il trouva une matité anormale assez étendue, et, bornant là son investigation, il crut à un engorgement considérable de la rate; et comme l'intensité des phénomènes fébriles n'était pas en rapport avec cet énorme engorgement splénique, il nous a envoyé cette malade comme un cas assez rare et présentant une exception à nos doctrines.

En examinant plus attentivement la malade, nous avons reconnu qu'il s'agissait d'un épanchement pleurétique. La matité absolue existait partout en arrière au même niveau que sur le côté; nous avons obtenu le déplacement du liquide en faisant changer la position de la malade. Les signes stéthoscopiques étaient en rapport avec ceux que nous donnait le plessimétrisme : absence de murmure respiratoire dans toute l'étendue de la matité; égophonie très prononcée au niveau du liquide, etc. L'hydro-pleurie était donc manifeste. Toutefois cette erreur de diagnostic, de la part de notre confrère, paraîtra très excusable, si l'on songe que les signes fonctionnels qui auraient pu mettre sur la voie manquaient complétement. Ainsi il n'y avait ni dyspnée, ni toux, ni crachats, ni douleurs dans le côté.

Avant de nous occuper de la tumeur, nous avons songé à débarrasser la malade de cette affection concomitante. A cet effet, plusieurs larges vésicatoires ont été successivement appliqués; des purgatifs hydrorhéiques ont été administrés. Sous l'influence de ce traitement l'épanchement s'est résorbé. Nous avons alors cherché à préciser les rapports de cette tumeur avec les organes voisins. Lorsque la malade est entrée dans nos salles, il était presque impossible de limiter d'une manière rigoureuse le volume de la rate. Cet organe était entièrement masqué par l'hydro-pleurie qui, en outre, le refoulait en bas, en avant, et semblait se rattacher à la tumeur par un pédicule assez large.

Aujourd'hui, tous ces rapports sont changés, la rate a repris se place naturelle, et n'a pas la moindre adhérence avec la tumeur qui est située à gauche de la ligne blanche, entre la région épigastrique et la région ombilicale; ayant au-dessus d'elle, et un peu à droite, la grande courbure de l'estomac, et à gauche la dernière partie du colon transverse, et le commencement du colon descendant. Le lobe gauche du foie, limité ainsi que le reste de l'organe par le plessimétrisme, s'avance jusque vers la neuvième côte gauche; son bord inférieur est placé environ à 6 centimètres au-dessus de la tumeur. Le pédicule, qui primitivement avait paru avoir des connexions avec la rate, en est tout à fait distinct. Il est de toute évidence qu'il adhère au bord inférieur du foie, et cette union est si marquée, qu'on la trouve parfaitement en s'aidant seulement de la palpation.

Et maintenant, quelle est cette tumeur? La palpation, le plessimètre surtout, nous ont appris que ni l'estomac, ni l'intestin, ni le foie, ni le rein, ni la rate n'entraient en rien dans sa formation. Par quoi est-elle donc constituée? Et d'abord quelle est sa nature?

Le siége, l'absence d'expansion, d'élasticité, de tout battement, le volume de la tumeur, qui a bien la grosseur d'un fœtus à terme, tous ces caractères négatifs nous disent assez que nous n'avons pas affaire à un anévrisme.

Il n'est pas probable non plus que ce soit une affection carcinique; l'âge de la malade, sa bonne constitution, le temps et le mode qu'a mis la tumeur à se développer (il y a près de six mois que la malade s'en est aperçue en sortant du bain), l'absence de tout trouble, de tout désordre fonctionnel, la forme arrondie de la tumeur, sa surface non bosselée, sa mobilité extrême, son indolence, qui permet la pression la plus forte sans déterminer la moindre douleur, la matité absolue qu'on obtient par la percussion, et qui devient tout à fait superficielle à son centre, toutes ces considérations nous portent à croire qu'il s'agit d'un kyste et non d'un squirrhe ou d'un encéphaloïde.

Il nous reste à examiner si c'est un kyste ovarique ou bien un kyste hydatique du foie. D'après ce qui a été dit sur le siége de la tumeur, on peut voir qu'elle est placée beaucoup plus haut que ne le sont d'habitude les hydropisies enkystées de l'ovaire. En outre, rien ne paraît la rattacher à cet organe. Elle semble entièrement indépendante de l'utérus et de ses annexes. Si l'on pratique le toucher et qu'on fasse mouvoir la tumeur, on ne sent pas que la secousse soit imprimée à la matrice. Le toucher vaginal donne également des résultats négatifs. En effet, si l'on fait percuter par un aide la tumeur à sa partie inférieure, alors que soi-même on dirige le doigt vers ce point, et le plus loin possible, on ne sent pas que la continuité du son soit transmise à l'utérus; ainsi, rien ne nous prouve que ce soit un kyste de l'ovaire.

D'un autre côté, bien que la tumeur paraisse avoir sa base à la partie supérieure, et adhère au bord inférieur du foie par un pédicule, nous n'avons pas de raisons suffisantes pour admettre que ce soit un kyste hydatique du foie. Ainsi, la tumeur est détachée de ce viscère : elle ne fait pas corps avec lui; d'ailleurs, on ne perçoit pas le bruit et le frémissement hydatiques. Si l'on place l'oreille sur n'importe quel point de sa surface, on n'entend aucun bruit.

Doit-on tenter une ponction exploratrice dans le but de rendre le diagnostic plus précis? Je ne le pense pas. Jusqu'à présent, cette tumeur a peu incommodé la malade : elle n'en souffre pas. Il n'existe pas le moindre trouble dans les fonctions. Il est donc d'une sage pratique de ne rien tenter de semblable, d'attendre. Dans tous les cas, si jamais la tumeur provoquait des accidents graves, et qu'on dût avoir recours à une ponction, on devrait plonger le trocart à son centre; car c'est dans ce point que la matité est absolue, tandis que sur les bords on courrait le risque d'intéresser l'intestin.

En attendant, que faire? car l'utilité pratique doit être toujours le but que nous devons nous proposer. On a reproché à l'école de Paris de s'occuper presque exclusivement du diagnostic et de faire peu pour la guérison des malades; ce reproche est-il fondé? Est-il possible, sans diagnostic, de faire une thérapeutique honnête? Quel médicament peut-on employer contre une affection qu'on n'a pas su reconnaître?

Que d'erreurs! que de fautes ne s'expose-t-on pas à commettre! J'ai souvent fait cette comparaison qui me semble fort juste, et que je me plais à répéter: Quel est l'horloger qui, devant arranger une montre, songera à lui rendre le mouvement avant de constater quelle est la lésion anatomique, si je puis ainsi parler; quel est le rouage qui empêche le mouvement ou en trouble le rhythme? Eh bien! la montre est en petit ce qu'est en grand la matière humaine. Diagnostic rigoureux, thérapeutique précise; diagnostic vague, thérapeutique incertaine. Dans ce cas, que pouvons-nous tenter? On pourra essayer des douches, des frictions sur la tumeur avec la teinture d'iode étendue de vingt fois son poids d'eau; et comme nous avons trouvé le col utérin hypérémié, presque ulcéré, nous donnerons à l'intérieur de 1 à 3 grammes d'iodure de potassium, parce que l'emploi de ce médicament ne présente aucun inconvénient, et qu'il pourra être utile si cette lésion du col a été produite par l'influence du virus syphilitique. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Phimosis congénital. — Accidents graves du côté des organes génito-urinaires. — Opération. — Traitement hydrothérapique. — Guérison.

Quoique l'hydrothérapie ait été l'objet d'études nombreuses et intelligentes depuis quelques années, on est encore loin d'avoir apprécié avec exactitude toutes les ressources qu'elle peut fournir. On sait cependant, grâce surtout aux travaux récents de M. L. Fleury, que les névralgies sont une des classes d'affections dans lesquelles cette méthode de traitement produit les meilleurs résultats. Est-ce à ce titre que la maladie suivante a été guérie par l'hydrothérapie? Cela paraîtra sans doute probable au lecteur quand il aura pris connaissance de l'observation que nous allons rapporter succinctement.

M. X..., âgé de vingt-sept ans, s'est livré à la masturbation depuis l'âge de douze ans jusqu'à celui de vingt, sans toutefois commettre de grands excès; depuis, il a entièrement renoncé à cette habitude, et il n'a eu avec les femmes qu'un commerce peu fréquent; les désirs vénériens ne sont pas développés, et tous les quinze jours environ une pollution nocturne, accompagnée de rêve érotique et d'érection, suffit pour les éteindre. Le plaisir vénérien pendant le coït est d'ailleurs presque nul ou même remplacé par une sensation douloureuse résultant des tractions qui sont exercées sur un prépuce très étroit, très long, fixé par un frein très court, lequel s'insère à l'orifice même de l'urètre et pendant l'érection courbe la verge en attirant le gland en bas et en arrière. Le membre viril est peu volumineux.

En 1845, M. X... remarqua que les besoins d'uriner se faisaient sentir plus fréquemment qu'auparavant, la quantité absolue du liquide expulsé dans les vingt-quatre heures ne paraissant pas être augmentée. Il ne fit d'abord que peu d'attention à ce phénomène; mais bientôt les envies d'uriner se manifestèrent plusieurs fois pendant la nuit, troublèrent le sommeil, et le malade se décida à consulter un médecin. Celui-ci prescrivit des bains tièdes, des bains de siége émollients, des cataplasmes de même nature placés sur l'hypogastre et des boissons délayantes. Ce traitement n'amena aucun soulagement et les accidents devinrent au contraire de plus en plus incommodes.

Au commencement de 1846, M. X... était obligé pendant le jour d'uriner toutes les heures ou même toutes les demi-heures, n'expulsant chaque fois qu'une très petite quantité de liquide urinaire; pendant la nuit, il était réveillé cinq ou six fois par des envies impérieuses d'uriner accompagnées de rêves érotiques, d'érections et parfois de pertes séminales.

Plusieurs médecins furent consultés et diagnostiquèrent successivement une cystite chronique, une névralgie vésicale, un engorgement de la prostate, une atonie de la vessie, et les traitements les plus divers furent mis en usage dans le courant de l'année : eaux de Seltz, de Vichy, de Contrexeville; térébenthine à l'intérieur, bains de Barèges, usage externe et interne de la belladone, des cantharides, de la strychnine, de l'iodure de potassium, etc. Toutes ces médications étant restées sans résultat, on supposa l'existence d'un calcul vésical.

Désireux de connaître enfin la véritable cause de sa maladie, M. X..., qui habitait la province, résolut de se rendre à Paris afin d'y consulter les praticiens les plus éminents. En mai 1847, M. X... s'adressa d'abord à M. Amussat, puis à M. Civiale, qui tous deux déclarèrent qu'il n'existait ni calcul vésical, ni engorgement de la prostate. Rassuré sur ce point, le malade alla consulter M. Adral, qui lui conseilla un traitement hydrothérapique, lequel fut commencé à Bellevue le 25 mai, et consista en bains de siége à eau dormante et courante, douches ascendantes, rectales et périnéales, sudations en étuve sèche, douches générales en pluie et en jet.

Sous l'influence de cette médication, les accidents ne tardèrent pas à s'amender, et au bout d'un mois les envies fréquentes d'uriner avaient complétement disparu; mais les rêves érotiques, les érections et les pertes séminales nocturnes étaient devenus, au contraire, plus incommodes et plus fréquents. M. Fleury pensa que le phimosis congénital n'était pas étranger à la persistance de ces phénomènes; il proposa l'opération, qui fut acceptée et pratiquée le 22 juillet.

Le 1er septembre, M. X... quittait Bellevue complétement guéri.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. Elle offre de nombreux points d'analogie avec un fait très curieux déjà publié par M. Fleury dans son *Mémoire sur les névralgies et les rhumatismes musculaires* (*Gazette médicale de Paris*, avril et mai 1850), et où l'on voit des accidents non moins graves, ayant tourmenté pendant plusieurs années un illustre général italien, ayant résisté aux médications les plus variées, ayant été attribuées aux altérations les plus différentes, disparaître sous l'influence d'un traitement hydrothérapique également conseillé par M. Andral, qui avait cru devoir rattacher tous les phénomènes morbides à une névralgie vésicale. Celle-ci doit-elle être considérée comme la cause des accidents éprouvés par le malade dont nous venons de résumer l'histoire? Elle ne leur était probablement pas étrangère; c'est à elle sans doute qu'on doit rapporter cet ensemble de symptômes vésicaux qui ont cédé d'abord à l'influence du traitement hydrothérapique. Quant aux phénomènes morbides qui se passaient du côté des parties génitales, il paraît probable qu'ils étaient dus, en grande partie au moins, à l'irritation entretenue par le phimosis à la partie antérieure du pénis. Il y a d'ailleurs d'intéressantes recherches à faire sur l'influence pathogénique du phimosis congénital, et nous savons que M. Fleury prépare sur ce vice de conformation un travail dans lequel la question que nous soulevons ici sera discutée avec tous les développements qu'elle comporte et éclairée par des observations nombreuses. En attendant ce travail, nous avons pensé qu'il serait utile de mettre le fait précédent sous les yeux des praticiens et d'appeler leur attention sur les quelques considérations cliniques que nous avons présentées. Ces considérations, méditées par les praticiens, nous paraissent pouvoir être fécondes en utiles enseignements.

Méningite rachidienne guérie au moyen des bains prolongés.

PAR M. LE DOCTEUR CARNET, MÉDECIN A ROMANS (DRÔME).

Le 18 août 1851, je fus appelé au hameau de la Baudière

(Isère) pour visiter le nommé Hector. C'était un jeune homme âgé de seize ans, d'une taille élevée, maigre, mais cependant d'une bonne constitution. Depuis plusieurs jours et à la suite de l'immersion du corps dans l'eau froide, il se plaignait de lassitude dans les membres; il y avait en même temps de l'inappétence, des douleurs de tête assez violentes, de temps en temps des vomissements. Néanmoins il avait continué, à l'ardeur du soleil, les travaux assez rudes de la campagne. Il avait même porté des fardeaux un peu au-dessus de son âge. Tout à coup il tomba comme foudroyé; on s'empressa autour de lui, et ce n'est qu'au bout de deux heures que la parole revint et avec elle une intelligence complète. Il veut alors essayer de se lever, mais ses jambes refusent de le porter; il ne peut que faire quelques pas dans la chambre, soutenu par deux personnes. En même temps la tête (surtout la région occipitale), le cou, deviennent le siége de douleurs atroces, insupportables; les lombes, et surtout les muscles fessiers, sont le siége de douleurs tout aussi intolérables. Il faut à tout instant qu'on le lève, qu'on le tourne, qu'on le promène; il souffre horriblement. Je ne suis appelé que le matin (18 août). Le malade a passé une nuit affreuse, tous les accidents de la veille n'ont fait qu'augmenter; il demande à grands cris qu'on le soulage. La fièvre est intense (120 pulsations); les battements du cœur sont tumultueux, irréguliers, intermittents. Intelligence complète, sensibilité conservée partout; la sensibilité générale est même extraordinairement augmentée. Le moindre bruit, la moindre lumière jettent le malade dans une agitation extrême. Figure animée, parole naturelle, langue rouge sur les bords et à la pointe, blanche au milieu, soubresauts dans les tendons, pupilles dilatées. — 12 sangsues aux apophyses mastoïdes, compresses vinaigrées sur le front; lavement laxatif; sinapismes.

Une saignée sur le soir si les symptômes persistent.

Le lendemain 19, je suis mandé en toute hâte à trois heures du matin. Rien n'a pu soulager le malade. La tête est renversée en arrière; il y a opisthotonos complet.

Les autres symptômes persistent avec la même intensité. Je pratique sur-le-champ une nouvelle saignée de 500 grammes, et je prescris : Calomel, 1 gramme; poudre de Dower, 0,50 centigrammes; sucre, 2 grammes.

Faites dix paquets; un paquet toutes les cinq heures;

Frictionnez sur la colonne vertébrale et au cou avec onguent mercuriel, 40 grammes;

Deux grands bains qu'on prolongera autant que possible;

Lavements laxatifs;

Limonade pour boisson;

Obscurité et tranquillité complètes.

Je quitte le malade, en laissant peu d'espoir aux parents sur le sort de leur unique enfant.

Le lendemain 20, le malade n'est guère mieux. La rigidité tétanique du cou est la même, quoique les maux de tête soient un peu moins violents. Fréquentes envies d'uriner; selles nombreuses. Le premier bain a été mal supporté, mais le malade est resté deux heures dans le second sans souffrir; il y a eu un moment de calme après. Pouls petit, fréquent, irrégulier; voix rauque; salivation mercurielle; fourmillements dans les pieds et dans les mains. La douleur des lombes a presque disparu; insomnie complète; intelligence toujours libre; faiblesse extrême. — Deux grands bains; frictions avec 60 grammes d'onguent mercuriel; 20 grammes de sirop d'opium pour le soir; deux lavements pour la journée; limonade.

Le 21, le malade est un peu plus tranquille. Il ne peut assez exprimer le bien que lui font les bains. Rétention d'urine, qu'un troisième bain a fait disparaître; selles nombreuses; mal de tête presque nul. L'opisthotonos persiste. — Continuation des mêmes moyens.

Le 22, nuit assez bonne, un peu de sommeil agité par des rêves. Les fourmillements ont disparu dans les jambes. Il est manifeste que la rigidité du cou a diminué.

Le malade se couche maintenant des deux côtés; ce qu'il n'avait pas encore pu faire. Pouls à 80, régulier. — Mêmes moyens; un seul bain; tranches d'orange.

Les 23, 24, le mieux continue, le malade ne souffre presque plus. Néanmoins les fourmillements existent toujours dans les membres supérieurs, et la rigidité du cou n'a pas totalement disparu. Je propose les vésicatoires volants le long de la colonne vertébrale, qui sont refusés par le malade.

Les 25, 26, 27, le malade va toujours de mieux en mieux.

Le 28, on cesse tout traitement. Le malade est si faible qu'on est obligé de le mouvoir comme un corps inerte. Quelques cuillerées de bouillon sont bien supportées.

Le 29, la convalescence est franche. Je ne vois plus le malade que de temps en temps, et rien ne paraît devoir entraver cette guérison inespérée. Il ne reste plus qu'une paralysie du deltoïde du bras droit, qui se dissipe lentement.

Réflexions. — Il est évident pour moi que j'ai eu affaire ici à une méningite rachidienne à forme grave, ou peut-être à une myélite aiguë. Les saignées, les mercuriaux, l'opium, n'ont certes pas été inutiles, sans doute; mais je crois que le plus grand bénéfice de la guérison revient aux bains prolongés, qui ont fait cesser les accidents nerveux comme par enchantement. Leur action a été tellement évidente pour moi, que je ne puis assez les conseiller dans les maladies cérébrales aiguës, où ils sont généralement employés avec trop peu de persévérance.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Du traitement chirurgical du bubon suppuré. — Ponctions multiples.

PAR M. VIDAL (DE CASSIS), CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DU MIDI.

Après avoir examiné les méthodes de traitement du bubon suppuré par les vésicatoires et les caustiques, M. Vidal en vient à l'incision. De tous les temps, dit-il, on a pratiqué sur les bubons des incisions plus ou moins étendues et quelquefois on a même excisé les portions de peau assez altérées pour retarder la cicatrisation. Les grandes incisions, avec ou sans retranchement des lambeaux, ont, pour la plupart, des inconvénients analogues à ceux que l'on reconnaît généralement aux cautérisations. Cependant, comme après tout on manie plus facilement le bistouri que le caustique, je préférerais encore exciser une peau décollée, peu vivante et susceptible de mettre obstacle à la réparation plutôt que d'agir sur ces parties mêmes avec la pâte de Vienne. D'ailleurs, comme à l'aide du bistouri on peut pratiquer des plaies avec une certaine régularité, on peut espérer d'obtenir une cicatrice moins inégale, moins difforme qu'après l'emploi des caustiques.

Mais je pense que les cas qui nécessitent réellement les grandes incisions et l'excision sont rares, surtout si le bubon a pu être traité dès son début, et si l'on veut, au moment où la suppuration apparaît, pratiquer les ponctions suivant le mode que je vais vous indiquer. Comme on le pense bien, je ne poserai pas ici la question de priorité pour la résoudre en ma faveur. Je parle ici pour le praticien seulement, et le praticien se soucie fort peu, le plus ordinairement, de la main qui lui offre un moyen thérapeutique. Ce qu'il veut savoir, avant tout, c'est si le moyen est efficace, dans quels cas et de quelle manière il doit être employé. Je me bornerai donc à dire que déjà, dans la première édition de mon *Traité de*

chirurgie, j'avais recommandé les ponctions multiples avec la lancette, les petites incisions; ma prétention se borne aujourd'hui à fournir des arguments en faveur de cette pratique et à l'enseigner avec plus de détails que les autres. Je passe donc immédiatement au *modus faciendi.*

Comme il est rare que le bubon n'ait pas subi au moins l'application d'un emplâtre, on devra commencer par nettoyer soigneusement les téguments et par enlever tout ce qui pourrait rester de la substance emplastique. L'instrument dont je me sers de préférence est un bistouri droit aigu, à lame fort étroite, de 2 à 3 millimètres de large; on peut aussi se servir d'une lancette à pointe très fine.

Si la suppuration n'est pas étendue, si l'abcès est récent, on ne fait qu'une seule ponction ou une incision d'un centimètre environ sur le point correspondant à la fluctuation. C'est quelquefois alors un seul ganglion qui a suppuré et que l'on vide de cette manière du pus qu'il contient. Les autres ganglions voisins ne sont qu'engorgés. S'ils suppurent plus tard, on les traite comme le précédent. On peut ainsi ouvrir et ponctionner successivement jusqu'à quatre ganglions.

Ce sont surtout les bubons qui surviennent chez les scrofuleux qui présentent cette particularité et qu'il faut traiter de préférence par les ponctions successives. La suppuration intraganglionaire est plus difficile à constater, parce qu'elle est plus profonde. On est alors obligé de pénétrer plus avant pour atteindre le foyer. C'est une raison de plus pour préférer la ponction au caustique. Car, avec le bistouri long et étroit dont je viens de vous parler il n'y a qu'un instant, on atteint d'un seul coup le point que l'on veut, et l'on peut s'en servir comme pour faire une ponction exploratrice.

Si le foyer purulent est plus vaste, plus superficiel; si la peau est plus ou moins décollée, on devra pratiquer plusieurs ponctions dans la même séance. Mais alors, au lieu de les faire sur le point où l'on sent la fluctuation, on devra au contraire s'éloigner du centre de la tumeur, des endroits où la peau est amincie; de même, au lieu d'être directes et faites perpendiculairement à la surface des téguments, elles seront sous-cutanées, obliques, et ce n'est que par un chemin détourné que l'on arrivera au foyer purulent. C'est donc sur la circonférence de la tumeur que l'on fera la piqûre en dirigeant la pointe de l'instrument vers le centre du foyer. De cette manière, on divise la peau dans les points où elle est adhérente, intacte et en possession de toute sa vitalité.

Si l'on ponctionnait la peau là où elle est amincie, décollée, peu vivante, on s'exposerait à voir l'ouverture faite par l'instrument s'élargir par le fait de la mortification dont la piqûre hâtera la production. De là un agrandissement des ouvertures, qui finissent par communiquer entre elles et forment une large brèche par laquelle l'air pénètre dans l'abcès. Cette pénétration de l'air dans le foyer place le bubon dans les conditions désavantageuses où se trouvent les abcès qui ont été largement ouverts soit par l'instrument tranchant, soit par le caustique.

En ponctionnant les points que nous avons indiqués, si l'on ne comprime pas la tumeur (et nous professons qu'il ne faut pas la comprimer pendant les premiers jours qui suivent l'opération), elle se vide peu à peu, et le vide déterminé par la sortie du pus est comblé à mesure par le retrait des parois du foyer. La guérison est alors beaucoup plus rapide et ne laisse après elle aucune trace fâcheuse. Les cicatrices de ces ponctions ressemblent, en effet, à celles des piqûres de sangsues, et elles finissent, comme celles-ci, par disparaître complétement.

Les ponctions ainsi faites, c'est-à-dire obliquement et partant de la circonférence de la tumeur, creusent les trajets, dont les parois reviennent quelquefois trop tôt sur elles-mêmes. Alors leur oblitération a lieu avant l'évacuation complète du pus. Mais comme on a pratiqué plusieurs ouvertures, et qu'il est rare que toutes s'oblitèrent à la fois, il suffit de comprimer légèrement la tumeur une seule fois par jour pour vider le foyer par les ouvertures qui ont persisté. On remarquera que nous conseillons ici la compression, que nous avons proscrite il n'y a qu'un instant. Mais nous rappellerons que c'est pendant les premiers jours que nous la proscrivons, alors que le pus est encore abondant et que les ouvertures sont parfaitement libres.

Il arrive quelquefois que toutes les ouvertures ont une grande tendance à revenir promptement sur elles-mêmes et à se fermer. Il y eut un temps où je cherchais à les maintenir béantes en y introduisant une petite mèche de charpie. La pratique m'a démontré qu'en pareille circonstance il vaut mieux les laisser se fermer pour en pratiquer plus tard un ou deux autres s'il reste encore du pus dans l'abcès. Il arrive d'ailleurs, et ce n'est pas excessivement rare, que le pus peut se résorber et qu'il devient inutile de renouveler les ponctions.

Les avantages de cette méthode sont évidents :

1° Elle est d'une application simple et facile;

2° Elle est moins douloureuse que les autres;

3° Elle détermine des guérisons plus promptes;

4° Elle ne laisse après elle aucune difformité.

Nous savons bien toutes les objections que l'on peut lui adresser. On dira qu'elle n'est réellement avantageuse que pour les bubons lymphatiques, ou par extension de l'inflammation, de l'irritation des parties génitales, c'est-à-dire quand l'abcès est simple. On objectera que dans les cas de bubons syphilitiques elle n'a plus les mêmes avantages; car alors les petites ouvertures seront inoculées et représenteront autant de chancres. Nous répondrons d'abord que les bubons strumeux peuvent être ouverts de cette manière. On perce l'abcès qui se forme quelquefois dans le tissu cellulaire qui entoure les ganglions, et, à mesure que ceux-ci suppurent, on les ouvre. Il est bien entendu qu'avant comme après cette petite opération on fait suivre au malade un traitement interne approprié.

Pour ce qui est du bubon syphilitique, celui qui est produit par l'absorption du virus, nous dirons qu'il arrive souvent que le ganglion lui-même ne suppure pas, que le pus n'est produit que par le tissu cellulaire ambiant, et alors il n'est pas inoculable. Ce qu'il y a de bien démontré, c'est que les petites plaies ainsi déterminées s'inoculent très rarement. J'ajouterai qu'il m'est arrivé de voir une ou deux plaies envahies, les autres restant à l'état simple. D'ailleurs, si toutes les plaies s'inoculent, si l'on a pour résultat de cette méthode la formation d'un vaste chancre, on tombe par exception dans l'inconvénient des autres méthodes, celle des grandes incisions, celle des grandes cautérisations, lesquelles, que je sache, ne sont pas à l'abri du pus virulent.

Les élèves et les confrères qui ont suivi nos visites à l'hôpital, ceux qui ont été attachés à notre service, ont pu observer et comparer nos résultats avec ceux que l'on obtient ailleurs. Ceci, du reste, sera peu de temps après surabondamment prouvé par un nombre considérable d'observations que recueille depuis plusieurs mois et que doit publier M. Caillaut, interne distingué des hôpitaux.

Observation de fracture de l'humérus produite par l'action musculaire.

PAR M. LE DOCTEUR LAFORGUE, CHIRURGIEN ADJOINT DE L'HÔTEL-DIEU DE TOULOUSE.

Tous les chirurgiens savent que l'action musculaire peut produire des fractures des os longs, et la science possède un assez grand nombre d'exemples de ce genre de fracture, dont

le mécanisme est aujourd'hui parfaitement connu. Mais il est des cas qui se présentent assez rarement à l'observation, et qui, pour ce motif, méritent d'être signalés à l'attention des praticiens ; le fait suivant me paraît être de ce nombre.

Le 23 mai 1851, M. M..., âgé de quarante-deux ans, fortement constitué, ayant de l'embonpoint et jouissant d'une bonne santé, parlait de sa force musculaire au milieu d'une réunion d'amis, dont plusieurs dames faisaient partie. Un des assistants, plus jeune, mais surtout moins fortement constitué, prétendit, en plaisantant, que ses muscles étaient tout aussi forts, quoique moins développés. De là résulta un défi qui, soutenu de part et d'autre, fit proposer une lutte au jeu du poignet. La partie fut acceptée ; et là, en présence d'un cercle de spectateurs qui, divisés en deux camps, se constituaient juges du combat, les deux amis se mirent en devoir de faire assaut avec la force de leurs poignets ; ils s'assirent en face l'un de l'autre, de chaque côté d'une table ; ils croisèrent solidement leurs mains, les coudes étant appuyés sur la table et les avant-bras rapprochés, ainsi que cela se fait dans cette lutte beaucoup moins inoffensive qu'on ne le croit communément.

Placés dans cette position, ils cherchèrent mutuellement à renverser le poignet de l'adversaire, et, après quelques efforts assez énergiques, M. M... fut vainqueur.

Cette première épreuve ne fut pas jugée suffisante, et M. M..., reconnaissant que la partie n'était pas égale, voulut recommencer la lutte ; mais cette fois il s'engagea à renverser la main de son adversaire, son poignet étant maintenu couché sur la table. Pour obtenir ce résultat, il fallait déployer une grande force musculaire ; il parvint à relever les poignets, malgré les efforts de son ami, et il luttait vigoureusement pour le renverser complétement lorsqu'un bruit sec, semblable à un coup de fouet, se fit entendre. Les assistants étonnés entendirent tous ce bruit, dont ils cherchaient à s'expliquer la cause, lorsqu'on s'aperçut que M. M..., qui lui-même semblait partager l'étonnement général, pâlissait ; en même temps, il se laissa aller sur la chaise, et il s'écria qu'il avait le bras cassé.

On ne voulait pas croire à un pareil accident, et personne n'ajoutait foi aux dires de M. M... ; lorsque j'arrivai, une demi-heure après l'événement, auprès du blessé, qui, soutenant sa main, n'avait pas voulu permettre qu'on examinât la partie avant mon arrivée. D'après les renseignements qui m'avaient été donnés, je me mis en mesure de faire des recherches du côté de l'avant-bras, pensant avoir affaire à une fracture d'un de ces os ; mais le malade me dit que c'était le bras qui était cassé, car c'était là qu'il sentait un craquement très douloureux. C'était en effet l'humérus qui était fracturé.

La crépitation était très marquée et elle s'entendait à distance lorsqu'on imprimait des mouvements au bras. La mobilité était tellement grande que je crus à l'existence d'une double fracture, l'une vers la partie moyenne au-dessous de l'attache du deltoïde, l'autre au-dessus de ce muscle ; mais, après que j'eus effectué la réduction, je reconnus que cette sensation était produite par le fragment inférieur déplacé.

La réduction fut des plus faciles ; les muscles étaient complétement relâchés ; le malade était dans un état de demi-syncope depuis le moment de l'accident.

Cet état était la conséquence de l'émotion plutôt que des douleurs. Du reste, cette fracture s'était produite sans douleur, puisque le malade n'en eut conscience que par le déplacement des fragments. J'appliquai l'appareil ordinaire pour les fractures du bras ; un bandage roulé sur tout le membre, quatre petites attelles étroites sur le bras, dont le volume naturel était considérable (il n'y avait ni gonflement ni contusion) ; l'avant-bras fut maintenu fléchi au moyen d'une écharpe.

Après l'application de l'appareil, le malade n'éprouva plus de douleurs ; il ressentit seulement pendant plusieurs jours des contractions musculaires dans les muscles du bras.

Le traitement n'offrit rien de particulier. Vers le huitième jour je remplaçai le bandage ordinaire par un bandage amidonné, et le malade put vaquer à ses affaires pendant toute la durée de la cure ; bien entendu qu'il dut tenir son bras à peu près immobile.

Avant le quarantième jour, la consolidation était faite ; le cal volumineux occupe toute la partie moyenne de l'humérus, à partir de l'attache deltoïdienne.

Dans ce moment, M. M... se sert de son bras ; mais il n'y a plus à craindre qu'il abuse de la force de ses muscles ; car cet accident l'a tellement effrayé qu'il ose à peine faire contracter les muscles du bras, et surtout le deltoïde, qui présente chez lui un grand développement.

Cette observation est un nouvel exemple de fracture de l'humérus produite par l'action musculaire, et elle doit prendre place parmi celles du même genre qui existent dans la science, et dont M. Malgaigne a donné l'historique dans son *Traité des Fractures*, ouvrage remarquable où l'on trouve consigné tout ce qui a trait aux solutions de continuité des os.

En 1791, Debeaumarchef lut à l'Académie de chirurgie le premier exemple connu de fracture de l'humérus par l'action musculaire dans la lutte du poignet. Cassort en a adressé un à l'Académie en 1827 ; Lonsdale en rapporte deux autres exemples ; et moi-même, ajoute M. Malgaigne, j'en ai récemment observé un cas.

Le fait que je viens de rapporter est donc le sixième cas connu de fracture de l'humérus produite par une cause de ce genre. Je ne doute pas que d'autres chirurgiens en aient observé de semblables ; mais cependant je suis porté à croire que les faits inconnus ne sont pas nombreux ; car aucun des chirurgiens que j'ai interrogés sur ce sujet n'en a observé dans sa pratique.

Il n'en est pas de même des fractures du radius et des os de la main, qui sont le plus ordinairement la conséquence de cette lutte que l'on appelle bien improprement le jeu des poignets.

Après les détails très circonstanciés dans lesquels est entré M. Malgaigne sur le mécanisme d'après lequel se produit, dans ces cas, la fracture de l'humérus, il est parfaitement inutile d'analyser les diverses circonstances au milieu desquelles s'est produite la fracture que j'ai décrite ; je crois préférable de rapporter, en finissant, le passage suivant de l'ouvrage déjà cité :

« Dans cette lutte (du poignet), dit M. Malgaigne, il y a d'abord une contraction énergique des muscles fléchisseurs des doigts pour résister à l'extension, et des muscles pronateurs pour résister à la supination, et il est remarquable que la plupart de ces muscles s'insèrent à l'épitrochlée. S'ils fixent solidement l'avant-bras, le renversement ne peut avoir lieu que par la rotation de l'humérus en dehors ; les muscles des bras, notamment le grand dorsal, le grand pectoral et le deltoïde, se contractent pour s'y opposer, et, s'ils opposent une résistance invincible, tous les efforts de l'adversaire tendront alors à imprimer un mouvement de torsion à l'humérus dans la partie de cet os située entre le deltoïde et l'épitrochlée ; la fracture, qui est déterminée par ce mouvement de torsion, siége habituellement à 6 ou 8 centimètres au-dessus des condyles. »

C'est dans cette partie de l'os, un peu au-dessous de l'attache du deltoïde, que l'humérus était fracturé chez M. M..., qui, je dois ajouter ce renseignement essentiel, n'est sujet à aucune diathèse capable d'altérer la texture organique des os.

C'est Laënnec qui, le premier, a décrit d'une manière

complète la mélanose, sous le nom de *cancer mélanique*. La plupart des chirurgiens français qui, depuis ces premiers travaux, ont étudié la mélanose, ont envisagé la maladie sous le même point de vue, et ont admis comme vraie l'opinion de Laënnec sur la nature cancéreuse de la mélanose.

Suivant nous, c'est une erreur grave, et tous ceux-là le reconnaîtront qui auront eu l'occasion de disséquer un œil affecté de mélanose. La matière mélanotique n'est autre chose qu'une substance qui existe à l'état normal dans l'économie, mais qui, par une sécrétion trop abondante dans des parties qui n'en doivent renfermer qu'une certaine quantité, ou par une sécrétion anormale dans des organes qui n'en doivent pas contenir, déterminent des accidents plus ou moins fâcheux, suivant que l'hypersécrétion est plus ou moins abondante, ou que la sécrétion se fait dans un organe qui ne doit pas contenir de pigmentum à l'état sain.

Prenons un exemple. La choroïde sécrète une matière pigmenteuse, noire ; elle en sécrète dans un temps donné une quantité donnée. Que sous l'influence d'une cause quelconque elle se mette à en produire dans le même espace de temps une quantité double, triple, etc., des accidents se manifesteront, dont la gravité sera proportionnée à l'abondance de la matière ; que cette substance pigmenteuse soit sécrétée dans un organe qui, comme le cerveau, n'en contient pas à l'état physiologique, les accidents seront beaucoup plus marqués encore, et l'on verra se produire des phénomènes analogues à ceux que déterminerait, par exemple, une tumeur cancéreuse, tuberculeuse, etc.

A nos yeux, la mélanose n'est autre chose qu'une accumulation anormale de la matière pigmenteuse, ou d'une matière analogue, dont le carbonne forme la base. Elle ne peut donc être nuisible que comme altération de couleur, ou comme altération destructeur, et produisant, par suite de la compression, des troubles fonctionnels.

La substance mélanique peut s'accumuler dans tous les organes, quels qu'ils soient, à l'état liquide ou à l'état solide. Elle peut s'infiltrer dans tous les tissus normaux ou pathologiques et principalement dans le cancer et dans le tubercule. Rien n'est plus fréquent que de rencontrer la substance mélanique mêlée dans l'œil à du squirrhe, à de l'encéphaloïde, à du tubercule. C'est cette circonstance qui a fait penser que la mélanose était une des formes du cancer. La mélanose n'est pas plus une des formes du cancer qu'elle n'est une des formes du tubercule. Sa présence constitue un des accidents du cancer ou du tubercule, et un observateur un peu exercé pourra presque toujours dans une tumeur mixte déterminer la proportion de l'une ou de l'autre de ces productions pathologiques comparativement à la mélanose. Dans les cas de cette espèce, il y a purement coïncidence, et cette coïncidence n'est soumise qu'au hasard. L'œil, comme tous les autres organes, peut devenir le siége de cette accumulation de pigmentum, et cela plus facilement encore que d'autres organes, en raison de la présence à l'état normal d'une membrane, la choroïde, qui sécrète le pigmentum en quantité très notable.

Ces collections de matière mélanique présentent deux caractères essentiels auxquels il sera toujours facile de les reconnaître. Leur coupe présente, non-seulement à la loupe, mais encore à l'œil nu, des globules tout à fait semblables aux globules du pigmentum de la choroïde saine. De plus, placées dans l'eau, elles lui communiquent bientôt une coloration brune, et l'alcool versé dans cette solution précipite une matière noire plus ou moins abondante et colorée.

La choroïde présente deux couches pigmenteuses d'inégale épaisseur, une interne, l'autre externe. Au premier degré de la maladie, on voit la mélanose se former par l'accumulation du pigmentum de la couche interne, qui est la plus épaisse. Alors la matière mélanique ne se trouve qu'entre la choroïde et la rétine, preuve que c'est là le point de départ de l'affection.

Les parties qui sont situées au-devant de la choroïde sont poussées en avant par cette accumulation de pigmentum. A ce moment, si l'on regarde à travers la pupille, qui peut rester normale, mais qui le plus souvent est irrégulière et se dilate, on observe une teinte brunâtre, une surface bosselée; d'autres fois, la teinte brune est assez intense pour que l'on ne puisse apercevoir la choroïde. Il est rare que l'on puisse diagnostiquer le premier degré de la mélanose.

Après un temps plus ou moins long, toute la surface de la choroïde pouvant également sécréter le pigmentum, on voit une tumeur brune se former peu à peu et se porter en avant avec une surface irrégulière. Puis la substance mélanique, prenant la place du corps vitré et du cristallin, qu'elle pousse en avant et qui se résorbent insensiblement, vient s'appliquer contre l'iris et passe même par la pupille pour venir toucher la cornée. La sclérotique s'amincit dans quelques-uns des points de sa surface; dans d'autres, ses fibres s'écartent et laissent traverser la substance mélanique, qui se loge sous la conjonctive et présente quelquefois l'aspect d'un staphylome de la choroïde, mais plus dur et plus foncé en couleur. Quelquefois la tumeur, en pressant sur la sclérotique ou sur la cornée, la perfore, déchire complétement le globe oculaire et se fait jour au dehors.

La tumeur mélanique est ordinairement recouverte de débris des membranes internes de l'œil ou de la conjonctive ; quand il en est ainsi, la conjonctive s'enflamme, s'ulcère et pousse des bourgeons charnus qui dégénèrent; tous les tissus se confondent bientôt, et le contact de l'air extérieur accélère la marche de la dégénérescence et de l'ulcération. C'est tantôt ce mélange de bourgeons charnus et de matière mélanique, tantôt la coexistence fortuite du cancer qui ont fait donner à la mélanose en général, par certains auteurs, le nom de cancer mélanique, dénomination que nous avons déjà dit être une erreur. Il est important de ne pas attribuer à la mélanose la qualification de cancer; car elle n'a pas, quand elle est simple, les caractères du cancer, la tendance aux récidives et à l'envahissement des parties voisines.

Nous ne reviendrons pas sur le procédé à suivre pour pratiquer l'extirpation de l'œil; nous ferons seulement observer que M. Sichel n'enlève jamais la glande lacrymale quand elle n'est pas désorganisée. L'enlèvement de la glande allonge inutilement l'opération, et l'on peut en la pratiquant ou blesser le cerveau, qui n'est protégé en ce point que par une lame osseuse excessivement mince, ou déterminer la carie ou la nécrose des os de l'orbite.

Encore un mot avant de terminer sur le pansement. M. Sichel ne fait jamais de compression. L'hémorrhagie s'arrête toujours par une injection d'eau froide prolongée quelque temps, méthode qui a l'avantage d'enlever les caillots de sang et de permettre d'examiner les parois de l'orbite à la fin de l'opération. La perte de sang, ordinairement assez abondante, est plus utile que nuisible et prévient les accidents inflammatoires. Le plus souvent, dès le second ou au plus tard le troisième jour, M. Sichel accorde des aliments et n'a pas à s'en repentir.

Amputation de Chopart. — Modification dans la manière de tailler le lambeau.

PAR M. A. GUÉRIN, CHIRURGIEN DES HÔPITAUX.

Tout le monde sait que, lorsqu'on pratique l'amputation de Chopart, on commence par faire une incision à la peau sur toute la surface convexe du pied en suivant la direction de l'articulation qu'on doit ouvrir; on pénètre ensuite dans cette articulation; on l'ouvre entièrement, et, parvenu à sa

partie inférieure, le chirurgien taille le lambeau d'arrière en avant; arrivé au point où il veut terminer ce lambeau, il incline le couteau vers la face plantaire du pied et par des mouvements de scie détache la portion du pied à enlever de celle qui doit recouvrir les surfaces articulaires mises à nu. Dans ces mouvements de va-et-vient imprimés au couteau, il est assez difficile de faire la section de la peau d'une manière très régulière, surtout lorsqu'on approche de l'extrémité du lambeau et que la portion malade du pied ne tient plus à la portion saine que par un pédicule peu étendu; dans ce moment, c'est-à-dire à mesure que la résistance des tissus devient moindre et qu'ils prêtent davantage sous un degré de traction égal en force, il est fort difficile de régler cette traction sur la résistance des tissus; d'où il résulte que très souvent le bord antérieur du lambeau est irrégulier et festonné; souvent aussi la peau est coupée obliquement aux dépens de sa face interne ou adhérente, à cause de l'impossibilité où se trouve le chirurgien de redresser trop brusquement le couteau vers la plante du pied. Ces inconvénients ne sont sans doute pas de premier ordre; cependant, ils sont quelquefois la cause de gangrènes très limitées qui se produisent sur les portions festonnées du lambeau, et ils retardent ainsi la guérison, quand ils ne nuisent pas à la régularité, à la perfection de la cicatrice. C'en était assez pour qu'on cherchât à les éviter, et c'est ce qu'a fait M. Alph. Guérin. Voici comment il y est parvenu :

Une fois la première incision faite, M. Guérin en réunit les deux extrémités par une seconde incision pratiquée avec la pointe du couteau comprenant toute l'épaisseur de la peau et circonscrivant le lambeau dans la largeur et la longueur qu'on veut lui donner. La facilité de déterminer les dimensions du lambeau est encore un troisième avantage de la modification de M. A. Guérin. Nous avons assisté hier à une opération pratiquée par ce jeune chirurgien, et nous avons pu nous convaincre de la réalité des avantages de son procédé.

Voici quelques mots sur le malade qui a subi cette opération :

Cossonnet (François), cultivateur, né à Laville-du-Bois (Seine-et-Oise), âgé de vingt-quatre ans, célibataire, est entré le 27 juillet de cette année à l'hôpital de la Pitié pour se faire traiter d'une affection des os du pied droit.

Sa maladie remonte, dit-il, au mois de mai 1850. A cette époque, il éprouva dans les articulations du pied droit une douleur qu'il attribue à une entorse. Les douleurs étaient vives, mais intermittentes et séparées par des intervalles assez considérables. Il continua néanmoins à marcher et à travailler jusqu'au mois de décembre de la même année. Les douleurs étant devenues plus fortes et plus continues, il fut obligé de garder le lit. Un médecin consulté lui prescrivit des cataplasmes émollients, des sangsues et des pommades. La maladie, loin de s'amender, continua ses progrès, et bientôt il se forma deux fistules, qui sont, dit le malade, survenues immédiatement après l'application des sangsues, et qui laissaient suinter un liquide purulent. Il resta dans cet état, sans mettre en usage aucune médication active, jusqu'au mois de juillet dernier. La maladie continuant toujours à empirer, il se décida à venir réclamer des secours à Paris, et fut admis au n° 30 de la salle Saint-Louis, dans le service de M. Michon.

Sa santé générale était alors en assez mauvais état; l'appétit était peu prononcé, les forces débilitées, le teint pâle; il y avait une maigreur assez grande. Une suppuration passablement abondante et en partie séreuse s'écoulait par les fistules. M. Michon prescrivit l'iodure de fer, des tisanes amères et un régime aussi tonique que possible.

Malgré ce traitement, le malade continua à s'affaiblir; la suppuration ne diminua point, les fistules persistèrent; il se manifesta un peu de toux. Dans ces derniers temps, de petites saillies se sont formées sous la peau qui environne l'une des fistules; les os se sont dénudés et sont devenus friables, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'introduction d'un stylet.

Le 6 de ce mois, M. A. Guérin a voulu remplacer l'iodure de fer par l'huile de foie de morue; mais une diarrhée s'étant déclarée, on est obligé de supprimer ce médicament le 20 de ce mois.

Dans ces circonstances, M. A. Guérin se décide à pratiquer l'ablation des parties altérées, c'est-à-dire l'amputation de Chopart.

Le malade est aujourd'hui très affaibli; il a de la toux, et depuis quelques jours il a rendu des crachats légèrement striés de sang. Cependant l'auscultation de la poitrine, pratiquée avec soin, ne fait constater aucune altération du bruit respiratoire. Les forces disparaissent de plus en plus, le teint pâlit, la maigreur fait des progrès; tout paraît donc à M. Guérin indiquer l'opération. Celle-ci est pratiquée suivant les règles ordinaires, et la dissection démontre que le scaphoïde, les os cunéiformes, la tête du premier métatarsien sont dénudés, gonflés, rouges et ramollis; le périoste est décollé presque partout sur ces os, et détruit dans une assez grande étendue.

Nous avons dit que l'opération avait été pratiquée suivant les règles tracées. Cependant, M. Guérin a insisté sur une particularité que nous croyons utile de mentionner.

Dans l'amputation de Chopart les auteurs donnent comme point de repère externe le tubercule antérieur du calcanéum. Or, ce tubercule est assez souvent très difficile à sentir, et à peu près impossible quand le pied est tuméfié; M. Guérin conseille donc de préférer comme point de repère l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, éminence facile à trouver, et qui est toujours la partie la plus saillante du pied. C'est à un travers de doigt, c'est-à-dire à un centimètre et demi en arrière de cette éminence qu'il faut pratiquer l'incision, et de cette façon on est certain de tomber sur l'articulation. La confiance absolue dans ce point de repère empêchera toujours le chirurgien de s'engager dans l'articulation scaphoïdo-cuboïdienne, et de laisser ainsi le scaphoïde adhérent à l'astragale, comme cela se voit malheureusement quelquefois, et comme M. Guérin l'aurait fait lui-même, sans la confiance dont nous venons de parler. Cette méprise est d'autant plus facile que l'articulation scaphoïdo-axoïdienne se présente, en général, beaucoup plus facilement sous le couteau que l'articulation scaphoïdo-astragalienne, surtout dans les lésions de la partie antérieure du pied, où les ligaments de la première de ces articulations sont bien plus souvent relâchés que ceux de la seconde.

Trocart pour la ponction de la trachée.

M. le docteur A. Thierry a imaginé pour la ponction de la trachée un petit instrument fort ingénieux dont il nous adresse la description. Nous la publions volontiers textuellement. Quant aux avantages qui peuvent résulter de la ponction de la trachée, nous n'osons espérer qu'ils soient aussi probables que le suppose notre savant collaborateur. Nous craignons même que l'injection de substances médicamenteuses dans la trachée ne soit pas sans inconvénients. Toutefois, l'expérience pourra seule nous éclairer définitivement à cet égard. Ces réflexions faites, nous laissons parler M. Thierry.

Jusqu'ici on n'a fait pénétrer dans le poumon de l'homme que des médicaments à l'état de vapeur. Il pourrait être utile d'y faire pénétrer des liquides de différentes natures. Mais, s'il

est déjà difficile de faire traverser à des vapeurs des cavités où se rencontrent les organes du goût, de l'odorat et de la voix, la difficulté est presque insurmontable pour introduire des liquides. On s'affranchirait de cette difficulté en perçant la trachée-artère à l'aide d'un trocart, et en injectant par la canule le liquide dont on veut faire usage. L'injection dans le poumon d'une quantité même considérable de liquide n'a aucun inconvénient. J'en ai fait l'expérience il y a plusieurs années, avec M. Leblanc, sur différents animaux. A cette occasion, j'avais fait exécuter par M. Charrière un trocart dont la canule se divisait à son extrémité en deux portions qui, se relevant derrière la paroi de la trachée, fixaient la canule sans aucun autre moyen que le mécanisme d'un petit appareil très simple. Cette canule peut rester à demeure aussi longtemps qu'on voudra. Elle serait surtout utile dans le cas où l'on voudrait traiter par les injections répétées dans les voies aériennes une maladie chronique du poumon.

Luxation du premier os cunéiforme.

PAR M. MEYNIER.

Si l'on parcourt les traités les plus récents de pathologie externe, on est tout d'abord surpris de n'y trouver aucune mention d'une foule de déplacements osseux que la pratique journalière offre pourtant au chirurgien. C'est là une lacune, et une lacune fort regrettable. Comme la médecine interne, la médecine manuelle a ses *minutiæ magni momenti.*

Ainsi que je l'avais avancé, il y a longtemps déjà, dans mes conférences particulières, et comme l'a sagement écrit M. Vidal (de Cassis) : « Tout est possible en fait de déplace- » ments (1). » Il est donc du devoir d'un auteur de tout dire à ce sujet s'il veut être complet, et surtout s'il veut être utile. Ce ne sont pas les modes de luxation les plus communs, ou les maladies qu'on voit tous les jours, qu'il importe le plus d'exposer; cela fait partie de nos études premières; cela se trouve dans tous les livres. Ce sont, au contraire, les cas rares, singuliers qu'il faut préférablement décrire. La raison de cela est bien simple; c'est que c'est là principalement ce qui peut embarrasser le praticien.

Parmi les déboîtements les moins ordinaires, on doit placer ceux du premier os cunéiforme. Le judicieux Delpech connaissait cette lésion, et la regardait comme ayant peu de gravité (2).

Ceci donne lieu de s'étonner que Samuel Cooper (3) paraisse ignorer ou néglige de rapporter cette opinion du savant professeur de Montpellier. Le compilateur anglais ne parle que des deux cas cités par son homonyme Astley (4), et dans ceux-là, la réduction fut jugée impossible. Pour qu'on le remarque en passant, cette impossibilité prouve que la maladie dont il s'agit n'est pas chose si indifférente qu'on ait eu raison de la passer sous silence. Et enfin, cette dissidence entre des hommes d'un mérite si éminent aurait dû, ce me semble, attirer l'attention sur ce point oublié.

Pour terminer ces considérations préliminaires destinées à mettre un certain nombre de vos lecteurs au courant de la question, j'ajoute ici que les deux observations du grand chirurgien d'outre-Manche sont les seules que j'aie trouvées au moins dans les ouvrages, assez multipliés cependant, dont j'ai pu disposer.

Maintenant, voici ce que j'ai vu et fait le 31 mai dernier.

Obs. — Joseph Gay, ferblantier, âgé de trente et quelques années, pose le pied droit sur un trou pratiqué dans le plancher d'un moulin, et recouvert malheureusement d'un sac vide en toile forte. Le membre inférieur s'engagea dans cette ouverture, jusqu'à ce que la saillie de l'ischion et la fesse arrêtèrent le reste du corps. Pendant la chute, le pied gauche glisse en avant et en dehors sur le sol, assez poli, et s'écarte sans y trouver de point d'appui. C'est en cherchant vainement que le pied a éprouvé la dislocation dont je vais parler.

Une heure environ s'est écoulée entre l'accident et le moment où je vois le malade. Il existe déjà chez lui un gonflement assez prononcé pour masquer d'abord le genre d'altération. Le pied a l'air plus trapu, un peu raccourci. Et pourtant, mesuré avec son congénère, il n'offre pas de différence de longueur bien sensible.

Guidé par la douleur qu'accuse Gay, je palpe le bord interne de cette portion du membre, et j'y sens une saillie dorsale qui donne à ce même bord une hauteur, ou, si l'on veut, une épaisseur insolite. Et puis, en appuyant davantage, il m'est aisé de distinguer qu'un des os s'est porté en haut. Le cran qui forme l'abrupt, pour employer un terme de géologie, est surtout sensible vers le coude-pied. Il existe un autre abrupt vers l'articulation supérieure du premier métatarsien, que Gallien regardait comme la première phalange du pouce ou gros orteil.

Dès lors la luxation était reconnue : c'était tout simplement celle du premier cunéiforme, et le déplacement avait lieu directement en haut. En ce cas, il différait de ceux d'Astley Cooper, qui les avait observés en dedans, quoiqu'un peu en haut aussi. Il se pourrait que l'on trouvât dans cette dissemblance la raison de la diversité des résultats.

Il est facile de se rendre compte de cette circonstance que la saillie était plus aisée à sentir en haut qu'en descendant vers l'orteil; c'est que le tendon du jambier antérieur, qui du premier cunéiforme, auquel il s'attache d'abord, passe au métatarsien correspondant, masquait de ce côté le ressaut inférieur de l'os déplacé.

Une pression médiocre exercée sur le cunéiforme de la face dorsale à la face plantaire de cette partie au membre abdominal suffit pour rétablir la forme, les mouvements et pour chasser la douleur. Le bruit caractéristique dans toute luxation qui se réduit se fit distinctement entendre; ensuite un bandage amidonné maintint la réduction et amena au bout de trois semaines une guérison très solide. (*Gaz. méd.*)

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACOLOGIE.

Pharmacopée spéciale.

PAR M. CAZENAVE.

AMIDON.

L'amidon est une substance blanche, inodore, insipide, très employée en médecine comme analeptique, émollient. Je me sers de l'amidon comme topique dans un grand nombre d'éruptions aiguës, dans l'eczéma, le lichen, l'herpès, l'impétigo, l'acné.

A titre négatif, l'amidon peut être employé pour remplacer les lotions et les pommades qui, très souvent, sont mal tolérées.

Dans un grand nombre de cas, il remplace avantageusement les cataplasmes de fécule de pommes de terre, qui ne peuvent pas toujours être longtemps employés et après lesquels il peut y avoir de l'inconvénient à laisser la peau exposée, sans rien qui la garantisse, au contact de l'air.

Enfin, l'amidon est un moyen efficace pour calmer les démangeaisons. Dans les cas de prurit des bourses, de l'anus,

---

(1) *Traité de pathologie externe*, t. II, p. 349, 1re édition.

(2) *Précis élémentaire des maladies réputées chirurgicales*, t. III, p. 140.

(3) *Diction. de chirurgie*, t. I, p. 128.

(4) *Œuvres chirurgicales complètes*, traduit par Chassaignac et Richelot, p. 69.

des aines, soit sans lotion préalable, soit après avoir lavé avec une solution alcaline ou autre et après avoir exactement essuyé, il est très utile de saupoudrer les parties malades avec une houppe imprégnée d'amidon sec.

Je me sers le plus souvent d'amidon pulvérulent pur; mais dans quelques circonstances, je l'ai associé avec avantage avec l'oxyde blanc de zinc, le camphre, etc.

Mélange pulvérulent.

Oxyde blanc de zinc.	8	grammes.
Poudre d'amidon.	125	—

Mêlez.

Pour saupoudrer matin et soir les surfaces atteintes d'eczéma aigu, d'acné rosacéa, d'impétigo, d'herpès.

Autre.

Oxyde blanc de zinc.	8	grammes.
Camphre.	2	—
Poudre d'amidon.	125	—

Mêlez.

Pour saupoudrer les aines, les aisselles, les parties génitales dans les cas de prurigo.

(*Ann. des maladies de la peau et de la syphilis.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 *septembre* 1851. — Présidence de M. Louis.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Sondes tortillées et coudées.

M. Le Roy-d'Etiolles réclame contre M. Phillips la priorité de sondes tortillées et coudées et à boule.

RAPPORTS.

Hydrothérapie.

M. Gibert lit un rapport sur divers travaux hydrothérapiques.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit plusieurs rapports sur des remèdes secrets. M. le rapporteur fait seulement des réserves pour un remède secret proposé par M. le docteur Leat comme succédané du quinquina. L'Académie, ne connaissant pas cette substance, ne peut se prononcer sur son utilité dans les cas où le quinquina est habituellement administré.

Fièvres intermittentes.

M. Gaultier de Claubry lit un rapport sur un mémoire de M. Félix Jacquot intitulé : *Mémoire tendant à prouver l'origine miasmatique des fièvres à quinquina.*

M. le rapporteur, après avoir fait l'éloge du mémoire de M. Jacquot, conclut à l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant et au renvoi du mémoire au comité de publication.

Injections iodées.

M. Boinet lit un mémoire sur l'efficacité des injections iodées dans les abcès par congestion. Ce mémoire est basé sur cinq observations, dont nous avons publié l'une dans notre numéro du 20 juillet. Les autres sont analogues à celle-là.

Séance du 7 *octobre* 1851. — Présidence de M. Louis.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Albuminurie.

M. Dufresse, de Chassaigne, adresse une observation d'albuminurie arrivée à un très haut degré d'intensité et guérie par le cyanate d'ammoniaque ou urée pure. (Commissaires : MM. Rayer et Bouchardat.)

Maladies régnantes.

M. Liégey adresse quelques renseignements sur les maladies qui règnent à Rambervillers.

Aliénation mentale.

M. le docteur Leidesdorf (de Saint-Pétersbourg), membre de l'Académie impériale de Vienne, adresse deux rapports fort étendus sur les cas de maladies mentales traitées dans son établissement. Ce travail, composé en grande partie de résumés statistiques, se refuse à l'analyse.

Corps étrangers de la vessie.

M. Mercier adresse une réclamation contre la réclamation faite dans la dernière séance par M. Le Roy-d'Etiolles, relativement à la priorité des instruments pour l'extraction des corps étrangers de la vessie.

Remèdes secrets.

M. Bouchardat lit un rapport défavorable sur un remède secret spécifique contre le choléra.

Corps étrangers de la vessie.

M. Ségalas lit un rapport sur une réclamation de M. Le Roy, relativement à la priorité de l'instrument imaginé par MM. Duverger et Courty pour l'extraction des corps étrangers de forme allongée de la vessie. Il conclut en faveur de M. Le Roy pour la plupart des instruments de ce genre. Appréciant ensuite la valeur des instruments eux-mêmes qu'a imaginés M. Le Roy, M. le rapporteur les trouve tous ingénieux; il trouve que les uns sont d'une application facile et peuvent rendre de grands services à la pratique, tandis que d'autres seraient dangereux et pourraient être la cause d'accidents graves.

M. Nacquart. Dans un jugement porté sur un instrument propre à extraire le corps étranger de la vessie, M. le rapporteur a fait intervenir un jugement contraire de l'Académie des sciences pour le casser. Je crois qu'il est de la convenance et de la dignité des corps savants de ne pas se contrôler ainsi les uns les autres. M. le rapporteur pourrait laisser son jugement tel qu'il est sans parler de l'Académie des sciences ni de son rapporteur.

Après quelques mots de M. Larrey et de M. Ségalas, l'Académie décide qu'il n'y a pas lieu à modifier le passage auquel M. Nacquart a fait allusion.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Grossesse et phthisie.

M. Grisolle lit un rapport sur l'influence de la grossesse sur le développement et la marche de la phthisie.

Pathologie comparée.

M. Audouard lit un mémoire intitulé : *La pathologie des bêtes éclairant la pathologie de l'homme sur la contagion.* L'auteur voudrait qu'on fît pour le choléra, la peste, le typhus, les expériences qui ont été faites à Alfort pour le choléra des poules. De semblables expériences éclairciraient la question importante de la contagion de ces maladies, qu'il croit d'ailleurs résolue affirmativement.

Rétroversion utérine.

M. le docteur Alexis Favrot lit un mémoire sur une nouvelle réduction des déviations de la matrice, et en particulier des rétroversions.

Cette méthode consiste dans l'application d'un appareil que M. Alexis Favrot propose d'appeler *réducteur à air.*

Plusieurs observations intéressantes paraissent démontrer qu'à l'aide de ce procédé on parviendra à réduire plus facilement qu'avec les moyens employés jusqu'à ce jour.

Les figures qui accompagnent ce mémoire, et que nous reproduisons, feront mieux comprendre que toute explication le but et le mode d'action de cet instrument.

Il consiste :

Dans une tige en caoutchouc vulcanisé, de 20 à 30 centimètres de longueur sur 4 millimètres de diamètre.

Cette tige porte à l'une de ses extrémités un robinet en cuivre, permettant de retenir ou de laisser passer l'air qu'on y a fait pénétrer.

L'autre extrémité présente une sorte d'ampoule qui rappelle les ingénieux appareils imaginés par M. le docteur Gariel pour le tamponnement des fosses nasales et de l'utérus dans la métrorrhagie et l'épistaxis.

Cette extrémité est susceptible d'une dilatation considérable, et beaucoup plus étendue qu'il n'est besoin, même en supposant un enclavement très résistant de l'organe au-dessous de l'angle sacro-vertébral.

Enfin, il convient d'ajouter à cet appareil si simple une *pelote-insufflateur*, destinée à s'adapter par son col au robinet extérieur et à remplir l'ampoule, quand le réducteur à air a été introduit dans le rectum ou le vagin, selon le cas.

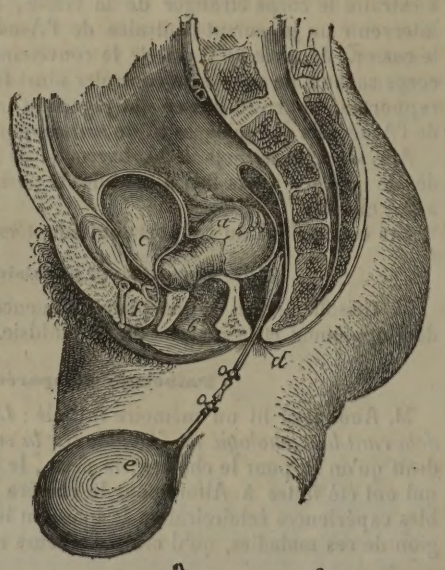
Le mode d'application de ce petit instrument est des plus facile : le réducteur, étant vidé d'air et préalablement chauffé dans la main, est trempé dans une eau mucilagineuse ou mouillé avec un peu de blanc d'œuf ; la femme est couchée sur le ventre, la tête un peu basse ; on lui interdit tout effort ; on introduit alors un mandrin dans le *réducteur*, qui permet, en lui donnant de la fermeté, de le faire pénétrer dans le rectum jusqu'à la tumeur qu'on y rencontre. Le mandrin est alors retiré ; on adapte la *pelote-insufflateur*, et, à mesure que le réducteur se distend, on apprécie par le toucher vaginal le mouvement que subit la matrice ; quand l'organe a repris sa position normale, on ferme le robinet de la tige.

La malade reste couchée quelque temps sur le ventre en évitant tout effort ; et quand l'instrument doit être retiré, on le vide graduellement, dans la crainte de voir se reproduire l'accident en enlevant l'appareil tout d'un coup.

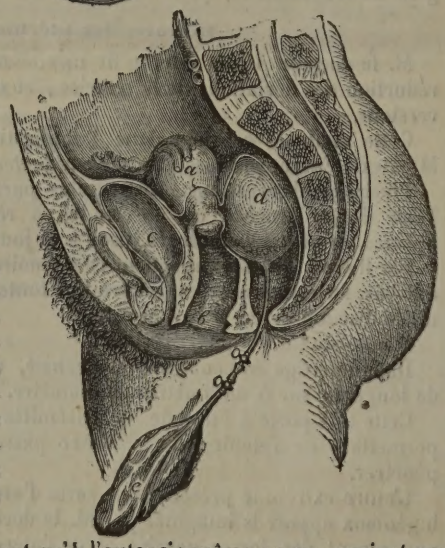
Telle est la petite manœuvre qu'exige l'emploi du *réducteur à air*, manœuvre très simple, nullement douloureuse, agissant lentement, sans violence, mais d'une manière continue, et presque infaillible.

Je solliciterai encore l'attention de l'Académie sur un avantage que ne présentent pas les autres moyens employés jusqu'ici, avantage que je crois important.

Il consiste dans l'impossibilité de la reproduction de la déviation utérine après que la réduction en a été opérée.



On objectera sans doute qu'il ne sera guère possible aux femmes de conserver cette ampoule dilatée dans le rectum sans qu'elle amène du ténesme, des épreintes et des douleurs ; mais on voudra bien remarquer que la femme pourra elle-même diminuer les compressions dès qu'elles deviendront trop gênantes. Il lui suffira d'ouvrir le robinet de la tige et de laisser échapper quelques portions de l'air contenu dans l'ampoule, pour que le malaise cesse à l'instant même.



Une autre objection plus sérieuse peut m'être faite. Il est des cas où la rétroversion de l'organe gestateur, survenue pendant la grossesse, amène avec elle (surtout à la suite d'efforts brusques) des compressions et un enclavement tel, que des efforts très énergiques ont été impuissants. Tous les médecins savent qu'à l'autopsie même on ne parvient pas toujours à réduire, comme dans cette observation de Hunter où il fallut séparer la symphyse du pubis pour désenclaver l'organe rétroversé.

Les deux figures ci-jointes feront facilement comprendre le mécanisme du nouvel appareil. La première le représente appliqué, mais non dilaté, la rétroversion existant; la deuxième le fait voir dilaté et la rétroversion étant réduite.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 octobre 1851. — Présidence de M. Rayer.

Action de la portion cervicale du nerf grand sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille.

MM. Julius Budge, professeur à l'Université de Bonn, et Augustus Waller communiquent un exposé de quelques découvertes qu'ils ont faites sur les fonctions du système nerveux et en particulier sur l'action de la *portion cervicale du nerf grand sympathique et d'une portion de la moelle épinière sur la dilatation de la pupille.*

MM. Budge et Waller, après avoir reconnu et établi par des expériences que, tandis que la direction des nerfs cérébraux-spinaux est de haut en bas, c'est-à-dire du centre à la périphérie, celle du nerf sympathique est au contraire de bas en haut, ont mis cette circonstance à profit pour étudier les fonctions de la portion cervicale du grand sympathique.

Les expériences de Müller et d'autres physiologistes ont déjà démontré que les ganglions n'arrêtent pas les impressions sensitives ; il ne restait plus qu'à admettre pour ce nerf des fonctions purement motrices ou nutritives ; c'est en effet ce qu'a démontré l'irritation du bout supérieur au moyen de l'appareil galvanique à rotation.

A peine, disent les auteurs, avons-nous eu le temps de faire exécuter quelques tours à la machine que déjà une énorme dilatation de la pupille du même côté a établi d'une manière irréfragable la nature motrice du cordon sympathique cervical.

Ce résultat obtenu, soit en galvanisant séparément le sympathique sur le lapin, soit en galvanisant le tronc commun du pneumogastrique et du sympathique, s'est montré aussi invariablement que la contraction de la jambe après l'irritation du nerf sciatique.

En même temps que cette expérience démontre la nature motrice du sympathique au cou, elle permet de comprendre la vraie cause de la contraction de l'ouverture pupillaire après la section de ce nerf, fait vu par Petit en 1712 et resté jusqu'à présent comme un fait stérile dans la physiologie. Il est évident, disent MM. Budge et Waller, que, puisque l'irritation de ce nerf produit la contraction de la pupille, sa contraction après la section du même nerf n'était que la conséquence de la paralysie du muscle dilatateur de l'iris, de la même manière que la paralysie des muscles extenseurs qui ouvrent la main laisse celle-ci fermée par suite de l'influence exclusive des muscles fléchisseurs.

Pour surcroît d'évidence, il suffit de galvaniser la troisième paire pendant la vie ou immédiatement après la mort sur le lapin. Par ce moyen, on obtient une contraction de la pupille. En galvanisant ainsi le sympathique cervical et la troisième paire, on peut alternativement rétrécir et agrandir plusieurs fois le diaphragme de l'œil aussi sûrement que si l'on avait des agents physiques à sa disposition. En agissant sur ces deux nerfs, on observe que l'action du galvanisme sur le premier produit une augmentation graduelle et soutenue de la pupille et qui met quelques instants à atteindre son effet maximum, comme la plupart des muscles placés sous l'influence du sympathique, et que le retour de l'œil à son état premier, après que la cause dilatante a cessé, est également lent. L'irritabilité de ce nerf se conserve longtemps après la mort. Avec la troisième paire, au contraire, on voit que la contraction est presque instantanée, que le retour à l'état premier est aussi très subit et que le nerf perd son irritabilité après avoir été excité plusieurs fois, et qu'après la mort elle se perd très vite.

Pour remonter à la source du pouvoir moteur du sympathique, les auteurs ont galvanisé sur le lapin le sympathique non divisé, mais simplement isolé des tissus environnants. Sur le premier ganglion, sur lo cordon entier, jusqu'au dernier ganglion cervical, et sur ce ganglion lui-même, ils ont produit la même dilatation de la pupille. Au-dessous de ce ganglion, le cordon qui lie celui-ci au

premier ganglion thoracique et toutes les autres branches, excepté la branche rachidienne, n'ont fourni aucun résultat par l'application du galvanisme.

Pour remonter encore plus loin, la moelle épinière a été dénudée sur un lapin, depuis la partie inférieure de la région dorsale jusqu'à la partie supérieure du cou. En galvanisant vers le milieu de la partie découverte, la dilatation des pupilles n'a pas été moins prompte à se déclarer que dans les autres expériences. La partie de la moelle possédant cette propriété est bornée au segment compris entre la première vertèbre cervicale et la sixième dorsale inclusivement, région que les auteurs proposent de désigner sous le nom de région *cilio-spinale* ou *centre cilio-spinal*. Au delà des limites indiquées, le galvanisme de la moelle ne produit aucun effet sur les pupilles.

Des extrémités de la région cilio-spinale, l'influence du galvanisme sur les pupilles augmente graduellement à mesure qu'on s'approche de la partie moyenne. Son effet maximum se trouve au niveau de l'articulation inter-vertébrale des deuxième et troisième vertèbres dorsales. Lorsque les deux sympathiques cervicaux sont intacts, l'irritation galvanique de la région cilio-spinale se porte également sur les deux yeux; mais lorsque l'un est coupé, son irritation ne cause la dilatation que du côté où celui ci est intact.

Quand les deux sympathiques sont divisés au cou, l'irritation du centre cilio-spinal ne produit aucun effet sur les yeux. Lorsque la moelle est intacte, le galvanisme, d'un côté seulement de la moelle, dilate les deux pupilles également.

Si l'on divise longitudinalement cette partie de la moelle en deux moitiés latérales, et qu'on les isole par une lame de verre l'une de l'autre, l'irritation d'un côté produit la dilatation de la pupille seulement du même côté.

Lorsque la région cilio-spinale est coupée transversalement à différentes hauteurs, on trouve que toute la partie qui est séparée de son centre, placé au niveau de l'articulation des deuxième et troisième vertèbres dorsales, a perdu toute son influence sur les pupilles, tandis qu'au contraire toute la partie en connexion avec celle-ci continue d'exercer son action.

Si la portion cilio-spinale est tout enlevée et les pôles appliqués à différents points de la dure-mère du canal vidé, on voit que les seuls points qui possèdent le pouvoir de dilater la pupille sont situés entre le lieu d'union des deuxième et troisième dorsales.

Les mêmes causes qui diminuent l'irritabilité musculaire après la mort, telles que la nutrition imparfaite de l'animal, des lésions de la moelle allongée, etc., diminuent aussi le pouvoir de la région cilio-spinale sur les pupilles. Dans des cas pareils, l'irritation de la moelle ne produit aucun effet, même immédiatement après la mort. Après la mort, le pouvoir sur l'œil se perd successivement des extrémités de la région cilio-spinale vers le centre, au centre même, ensuite du sympathique cervical, et enfin du sympathique crânien.

Dans la suite de ce travail, les auteurs se proposent d'étudier l'influence de la partie intra-crânienne du nerf sympathique et de la cinquième paire sur la pupille.

Accidents produits chez les ouvriers qui fabriquent le chromate de potasse.

MM. Bécourt, docteur en médecine, et A. Chevallier adressent un mémoire sur ce sujet.

Les renseignements suivants ont été fournis aux auteurs par un fabricant :

Quand nous transformons au moyen d'un acide et par l'ébullition le chromate neutre de potasse en bichromate, la vapeur entraîne avec elle une infinité de molécules pulvérulentes de ce produit qui se répandent dans l'atelier. Ces molécules, aspirées en abondance, donnent au palais une saveur amère métallique très désagréable, mais n'agissent pas d'une manière fâcheuse sur la bouche.

Il n'en est pas de même de la muqueuse du nez; elle éprouve un violent picotement; les yeux se remplissent de larmes, et l'éternument commence. Cet éternument est irrésistible et répété. L'ouvrier est forcé de se moucher, et chaque fois qu'il le fait, une portion de la cloison membraneuse qui est détruite vient, avec les matières qui sont recueillies par le mouchoir, de telle sorte qu'au bout de six à huit jours, après avoir éprouvé des picotements, le larmoiement, des éternuments, la cloison se perce et se détache. A cette époque tous les symptômes cessent, et l'ouvrier ne s'aperçoit pas de la disparition de la cloison, si ce n'est parce que les symptômes maladifs qu'il éprouvait ont cessé.

Toutes les personnes qui séjournent pendant quelques jours dans les ateliers où l'on fabrique le bichromate de potasse éprouvent ces accidents, à l'exception des priseurs de tabac.

Le bichromate n'a aucune action sur la peau à l'état normal et lorsque l'épiderme est intact; mais si la peau présente des déchirures, quelque petites qu'elles soient, une douleur cuisante se manifeste; si l'on laisse le bichromate en contact quelques minutes avec la plaie, ce sel agit comme un véritable caustique.

Les animaux éprouvent les mêmes accidents.

NOUVELLES ET VARIÉTÉS SCIENTIFIQUES.

L'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Rouen, a mis au concours les prix suivants pour les années 1852 et 1853. Nos lecteurs remarqueront sans doute la singularité du prix Duputel, et regretteront avec nous que l'esprit de l'honorable fondateur ne fût pas aussi clairvoyant que ses intentions étaient bonnes.

Pour 1852, prix d'hygiène.

L'Académie remet au concours le sujet suivant :

« Un petit Traité d'Hygiène populaire, dégagé de toute considé-
» ration purement théorique, à l'usage des ouvriers des villes et des
» habitants des campagnes. »

Ce livre, qui sera particulièrement appliquable au département de la Seine-Inférieure, devra présenter, sous la forme la plus simple et la plus attrayante possible, les préceptes généraux qu'il importe surtout de vulgariser.

Le ministre de l'instruction publique, ayant reconnu l'utilité de cette question, et voulant augmenter l'émulation des auteurs, a, par arrêté du 12 octobre 1848, doublé la valeur de ce prix, qui sera en conséquence de 600 francs.

PRIX DUPUTEL.

L'Académie décernera, s'il y a lieu, dans sa séance publique du mois d'août 1852, une médaille d'or de 300 fr. au meilleur mémoire sur le sujet suivant :

« De l'influence fâcheuse de la CAMARADERIE dans les sciences, les
» lettres et les arts, et des moyens d'y remédier. »

M. Duputel, l'un des plus anciens membres de l'Académie, lui a légué, par son testament, la somme nécessaire pour subvenir aux frais de ce prix, dont il a lui-même désigné le sujet.

Pour 1853.

L'Académie décernera une médaille d'or de la valeur de 300 fr. au meilleur mémoire sur le sujet suivant :

« Eloge de LEPECQ DE LA CLÔTURE, et appréciation de ses ouvrages. »

Remarques. — Tous les mémoires devront être manuscrits et inédits.

Chaque ouvrage portera en tête une devise qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom et le domicile de l'auteur. Dans le cas où le prix serait remporté, l'ouverture du billet sera faite par M. le président, en séance particulière, et l'un de MM. les secrétaires donnera avis au lauréat de son succès, assez tôt pour qu'il lui soit possible de venir en recevoir le prix à la séance publique.

Les académiciens résidants sont seuls exclus du concours.

Les manuscrits envoyés au concours deviennent la propriété de l'Académie, qui autorise les auteurs à en prendre copie sans déplacement.

Les mémoires devront être adressés, franc de port, avant le 1er juin 1852, 1853 ou 1854, terme de rigueur, à M. J. Girardin ou à M. A. Pottier, secrétaires de l'Académie, le premier pour les sciences, le second pour les lettres et les arts.

Le défaut de vacances dans le grade de chirurgien aide-major de 2e classe n'a pas permis de nommer à ce grade vingt-trois des chirurgiens sous-aides qui ont été reconnus aptes à la suite du concours qui a eu lieu au mois de mai dernier.

Afin d'avancer, autant que possible, la nomination de ces chirurgiens sous-aides, et de faire cesser ce que la position des chirurgiens aides-majors commissionnés actuels peut présenter d'anormal, le ministre a arrêté qu'il y avait lieu d'employer, préférablement aux officiers de santé de cette catégorie, ceux qui remplissent la double condition de l'aptitude au grade et du titre de docteur en médecine.

Toutefois, afin de ne pas froisser certains droits acquis par une possession d'emploi qui, pour un certain nombre de chirurgiens aides-majors commissionnés, remonte à plusieurs années, la mesure dont il s'agit ne sera appliquée qu'à dater du 1er janvier prochain, afin de laisser au plus grand nombre possible des intéressés toute la latitude pour terminer leurs examens.

Si nonobstant ce délai, qui ne sera reculé pour personne sous aucun prétexte, quelques-uns des officiers de santé dont il s'agit ne justifient pas de leur réception au doctorat, il sera procédé à leur remplacement dans les corps de troupes, en commençant par ceux qui, par le nombre de leurs épreuves, sont les plus éloignés du titre de docteur.

Les chirurgiens aides-majors commissionnés qui se trouveront ainsi remplacés reprendront dans les hôpitaux et ambulances les fonctions de leur grade de sous-aide.

Ceux qui, d'ici au 1er janvier 1852, auront passé la totalité de leurs examens, conserveront leur position, à l'exclusion de tous autres sous-aides remplissant la double condition du doctorat et de l'aptitude.

Le maigre budget alloué à la Faculté de médecine, loin de lui permettre le luxe, suffit à peine aux besoins les plus pressants de ce corps enseignant. Les serres du jardin botanique avaient particulièrement souffert du défaut d'entretien et en étaient arrivées au point de menacer ruine. M. le ministre de l'instruction publique, qui a eu connaissance de ce fait, a bien voulu accorder à M. le doyen la somme de dix mille francs pour y faire exécuter les réparations nécessaires. Déjà les travaux sont commencés, et tout fait espérer que vers l'époque de la rentrée les serres pourront recevoir leurs nombreux visiteurs sans les menacer d'une chute prochaine.

—Un nouveau cas de transfusion vient d'être tenté sans succès à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Monneret. Le malade n'a vécu qu'une heure après l'opération.

— S. M. l'empereur de Russie vient de conférer les insignes de l'ordre de Sainte-Anne (troisième classe) à M. le docteur Ambroise Tardieu, pour les soins qu'il a donnés à la publication de l'important ouvrage anatomo-pathologique de M. le professeur Auvert, de Moscou.

— L'un des membres assurément les plus âgés du corps médical européen, le docteur Joseph-Simon de La Roche, vient de mourir à Bruxelles, à l'âge 91 ans. Ce remarquable et respectable vieillard avait été pendant 25 ans médecin en chef de l'hospice de Saint-Pierre de cette ville.

— M. Baudens, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Bourbonne, est désigné pour l'hôpital de Lille.

M. Mialhes, médecin ordinaire de 2e classe à l'hôpital de Lille, est désigné pour l'hôpital de Bayonne.

DE LA FABRICATION DU CHOCOLAT.

Une visite à la fabrique de la Compagnie coloniale. Passy (Seine).

A cette époque où des plaintes s'élèvent chaque jour, soit sur la fabrication défectueuse de certaines substances alimentaires, soit, ce qui est plus grave encore, sur les coupables falsifications dont elles sont l'objet, on est heureux de constater les efforts tentés par de consciencieux fabricants pour mettre leur industrie à l'abri de semblables accusations.

C'est à ce point de vue que nous nous occupons aujourd'hui des améliorations que la Compagnie coloniale vient d'apporter dans la fabrication du chocolat, qui, par ses bienfaisantes qualités, tient, comme on le sait, une place importante dans l'alimentation.

La Compagnie coloniale a établi sa fabrique entre le bois de Boulogne et la barrière de l'Etoile, dans l'exposition la plus favorable aux conditions hygiéniques que réclame un établissement de cette nature. Nous avons visité cette fabrique dans tous ses détails; et cette visite nous a démontré, jusqu'à l'évidence, que les fondateurs de la Compagnie coloniale, sortant des sentiers trop longtemps battus, et appelant à leur aide les conseils de la science, ont adopté les procédés de fabrication les plus rationnels et les plus perfectionnés.

Ce qui frappe tout d'abord, en entrant dans cette usine, c'est l'extrême propreté, le premier et le véritable luxe d'une semblable fabrique, qui règne de toutes parts. On comprend que, dans ces ateliers inondés de jour et largement aérés, la pâte de chocolat, si prompte à se détériorer sous l'influence des mauvaises odeurs ou d'un air vicié, n'ait à redouter aucune altération.

Une puissante machine à vapeur distribue partout la vie et le mouvement, en même temps qu'elle fournit aux appareils qui doivent être chauffés une température toujours égale. Les cacaos qui couvrent les planchers du premier étage proviennent des pays de production les plus estimés; récoltés à l'époque de l'année la plus opportune par des colons intéressés eux-mêmes dans la Compagnie, embarqués avec tous les soins nécessaires, ces cacaos arrivent et sont emmagasinés dans un état parfait de conservation. Emploi de matières premières de choix, telle est pour la Compagnie coloniale, si nous osons nous exprimer ainsi, la clef de voûte de sa fabrication.

Ces précieuses amandes, toutes parfaitement saines, sont ensuite soumises à la torréfaction, et elles subissent dans cette première et délicate opération un degré de chaleur que de nouveaux et ingénieux procédés permettent de régler avec une certitude rigoureuse, sans que rien soit donné au hasard.

Si, en visitant la fabrique de la Compagnie coloniale, on suit avec un intérêt soutenu les opérations successives dans lesquelles les cacaos sont triés, torréfiés, concassés, minutieusement épluchés, nous osons le dire, cet intérêt augmente lorsqu'on parcourt, au rez-de-chaussée, l'immense pièce où fonctionnent les appareils destinés à écraser les sucres de la plus belle qualité et de la meilleure origine; les mélangeurs, où le sucre et le cacao subissent sur un lit de marbre, et sous le poids du granit, une première trituration; les broyeurs, où le genie de la mécanique se révèle dans ses combinaisons les plus heureuses.

Nous avons remarqué que, dans aucune de ces machines, le chocolat n'est jamais en contact avec le fer, qui tend à lui communiquer une saveur métallique offensante pour le goût et souvent blessante pour l'estomac. Ici, le marbre ou le granit ont remplacé les instruments en fer. C'est encore le marbre qui recouvre les plafonds et les murs des salles construites dans les étages inférieurs de la fabrique, et où les chocolats sont transformés en tablettes, pastilles, bonbons, etc., avant de recevoir sur leurs enveloppes le timbre et le cachet de la Compagnie qui les accréditent parmi les consommateurs et leur servent de signalement.

Nous ne saurions trop le répéter : si un grand nombre de fabricants, dont les industries s'appliquent à des substances alimentaires et qui dès lors intéressent l'hygiène au plus haut point, adoptaient sous le double rapport de la fabrication et du commerce de leurs produits les principes qui ont guidé la Compagnie coloniale dans la voie nouvelle où elle est entrée, un grand progrès serait accompli. Ces industries, désormais réhabilitées, imposeraient silence aux plaintes et aux accusations qu'elles ne justifient que trop souvent et que font justement entendre la morale blessée et la santé publique compromise.

Le Sourd.

Paris. — Typographie Plon frères, rue de Vaugirard, 36

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE